

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕФЛЮКСНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЭРБ

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России*

### FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF REFLUX SYNDROME IN YOUNG PERSONS AND BEHAVIORAL RISK FACTORS OF GERD DEVELOPMENT

*Dzhulay T.E., Mashkina E.V., Zubkova D.D.*

*Tver State Medical University*

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) распространена повсеместно. Рост заболеваемости отмечен практически во всех странах мира, где ведется статистический учет. По данным многоцентрового исследования МЭГРЕ, распространённость заболевания в разных городах России варьирует от 11,3 до 14,3% с учетом регистрации разных клинических симптомов заболевания – от эпизодически возникающих изжоги до ярких признаков осложнённого рефлюкс-эзофагита (РЭ). Согласно результатам российского многоцентрового эпидемиологического исследования АРИАДНА, проведённого в 11 городах, ощущение изжоги знакомо 59,7% опрошенных, а изжогу, возникающую не реже 2–3 раз в неделю, испытывают 22,7% респондентов [1]. Симптомы ГЭРБ и желудочной диспепсии часто возникают еще в молодом возрасте, постепенно «обрастая» все новыми жалобами, снижающими качество жизни и увеличивающими риск осложнений заболевания и развития коморбидной патологии. Вероятность формирования ГЭРБ повышается с возрастом, особенно у людей с ожирением. Летальность от осложнений заболевания составляет 0,2 на 100 тыс. населения.

ГЭРБ – хроническое заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений в слизистой оболочке дистального отдела пищевода вследствие повторяющегося гастроэзофагеального или дуоденогастроэзофагеального рефлюксов. Клиника заболевания складывается из пищеводных и внепищеводных проявлений рефлюксного синдрома, ухудшающих качество жизни пациентов.

В настоящее время существуют клиническая и эндоскопическая классификации ГЭРБ. Первая включает в себя неэрозивную рефлюксную болезнь (60-65% случаев) и РЭ (30-35% случаев).

Эндоскопическая же классификация (Лос-Анджелес, 1994 г.) описывает поражение слизистой оболочки пищевода от минимальной степени (А), которой соответствует наличие единичных эрозий протяженностью менее 5 мм в пределах одной складки слизистой оболочки пищевода, до степени D, предполагающей поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 75% и более окружности пищевода. [2]

Формирование ГЭРБ происходит при одновременном действии ряда немодифицируемых и модифицируемых факторов, в первую очередь связанных с особенностями пищевого поведения и пищевыми предпочтениями, а также стилем жизни современного человека, которые реализуются при нарушении функционирования зоны пищеводно-желудочного перехода вследствие недостаточности кардии и грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

В числе поведенческих факторов, участвующих в реализации возникновения ГЭРБ и РЭ, находятся курение, прием алкоголя, особенно пива и белого вина. Имеют значение постуральные факторы, возникающие в процессе бытовых, профессиональных, спортивных двигательных стереотипов и способствующие росту внутрибрюшного давления и провокации

рефлюкса желудочного содержимого в пищевод. Не последнюю роль в формировании ГЭРБ играет и избыточная масса тела и ожирение. [3]

**Цель работы** – изучение клинических проявлений и предикторов возникновения ГЭРБ у студентов Тверского ГМУ для разработки рекомендаций по антирефлюксному режиму.

#### **Материалы и методы**

В качестве возможных предикторов формирования ГЭРБ у студенческой молодежи обсуждались проживание вне дома (в общежитии или на съемной квартире), частые стрессы в связи с загруженностью по учебе, дефицит времени на организацию полноценного рационального питания и сон, которые типичны для образа жизни учащихся [4]. Их потенциальное влияние на здоровье и качество жизни студентов было положено в основу создания оригинальной анкеты, состоящей из 17 вопросов, позволяющих оценить пищевое поведение, образ жизни, прием медикаментозных препаратов в качестве предикторов ГЭРБ, а также детализировать характерные клинические признаки рефлюксного синдрома у респондентов.

Студенты разных факультетов и курсов Тверского государственного медицинского университета были приглашены пройти анонимное добровольное анкетирование, которое проводилось в течение календарного месяца на интернет-платформе Google Формы. Из числа принявших в нем участие было отобрано 95 студентов медицинского университета в возрасте от 18 до 25 лет (мужчин – 29; женщин – 66) с наличием клинических проявлений рефлюксного синдрома.

#### **Результаты и обсуждение**

Наиболее типичными проявлениями рефлюксного синдрома считается изжога и регургитация. Изжогу испытывали 24 опрошенных (25,3%), причем большинство из них (19 человек – 20,0%) замечали подобный симптом редко: от 1-2 до 3-4 эпизодов в месяц. В двух случаях изжога закономерно возникала еженедельно, 2 студента отмечали эпизоды изжоги по два и более раз в неделю, ежедневные изжоги имели место у одного из опрошенных. Не испытывали изжогу 71 респондент (74,7%).

В абсолютном большинстве случаев (89 человек – 93,7%) в период ночного сна изжога не возникала, ее редкие ночные эпизоды имели место в 4 случаях (4,2%), частую ночную регургитацию с изжогой отметили 2 опрошенных (2,1%).

Большинство студентов (84 – 88,4%) для купирования изжоги никогда не принимали антацидных препаратов, но 2 человека вынуждены их принимать как минимум один раз в день (2,1%), а 9 человек (9,5%) – несколько раз в неделю. Из них 5 респондентов, сообщили, что лекарственные средства помогают в течение нескольких минут, у 6 опрошенных симптомы купируются в течение часа.

При этом периодически возникающую отрыжку воздухом, ассоциированную с рефлюксным синдромом, замечали у себя большинство опрошенных (59 человек – 62,1%), частую отрыжку – 7 респондентов (7,4%), постоянную – 2 человека (2,1%), только 27 опрошенных (28,4%) никогда не испытывали данного клинического проявления.

Анализ внепищеводных проявлений ГЭРБ показал, что першение в горле и охриплость голоса большую часть времени наблюдали у себя 9 человек (9,5%), практически постоянно – 1 (1,1%). Более чем у половины опрошенных (59 – 62,1%) эти симптомы встречались редко, в 26 случаях (27,4%) подобных ощущений не отмечалось никогда.

На кислый привкус и чувство жжения в языке указали 16 опрошенных (16,8%). Что касается их выраженности, то изредка такие жалобы беспокоили 14 человек (87,5%) из них, большую часть времени – 1 (6,25%) и постоянно – 1 (6,25%).

Анализ результатов опроса показал, что связь проявлений рефлюксного синдрома в связи с постуральными факторами (при наклонах туловища вперед или в горизонтальном положении) отсутствовала в 78 случаях (82,1%), ее изредка отмечали у себя 14 студентов (14,7%), а 2 человека (2,1%) считали такую связь событий закономерной.

Помимо симптомов, непосредственно ассоциированных с проявлениями рефлюксного синдрома, у 30 человек (31,6%) имели место эпигастральные болевые ощущения, причем изредка они возникала у 25 респондентов (26,3%), в 3 случаях (3,2%) беспокоили ежедневно и носили постоянный характер у 2 человек (2,1%). У 17 человек, предъявлявших жалобы на абдоминальную боль (56,7%), она возникала после приема пищи, у 6 (20,0%) – при физической нагрузке, также в 6 случаях (20,0%) – в покое и вне связи с приемом пищи. В 3-х случаях (10,0%) болевые ощущения эпизодически возникали во всех вышеперечисленных ситуациях.

В ходе анализа выяснилось, что 38 (40,0%) опрошенных отдают предпочтение рациональному и сбалансированному питанию, 21 человек (22,1%) считают, что в их рационе питания преобладают мясные продукты, тогда как у 5 (5,3%) – растительная пища, один студент (1,1%) строго придерживается вегетарианского рациона. Остальные 30 (31,5%) респондентов не смогли четко определиться с характеристикой собственного рациона питания.

Кофе, чай и газированные напитки почти половина опрошенных (44 человека – 46,3%) употребляют часто, 27 (28,4%) респондентов – постоянно, а 24 человека (25,3%) – лишь изредка.

При анализе вредных привычек установлено, что почти две трети опрошенных (64 человека – 67,4%) не курят. При этом большинство курящих предпочитают сигареты (13 человек – 13,7%), кальян курят 6 студентов (6,3%). Новые нагревательные системы табака используют 12 человек (12,6%), в том числе 7 (7,4%) курят вейп, а 5 (5,3%) – IQOS.

Половина 54 (56,8%) респондентов предпочитают сон на высокой подушке, препятствующей возникновению рефлюкса. Подушка на уровне позвоночника находится у 37 (39,0%) опрошенных, без подушки спят 4 человека (4,2%), провоцируя тем самым эпизоды ночного рефлюкса.

Для оценки связи образа жизни и заболевания в анкету был включен открытый вопрос о виде спорта, которым занимаются опрошенные. Большинство (63 опрошенных – 66,3%) не занимаются спортом вообще, остальные студенты тренируются в спортзале 11 человек (11,6%), занимаются баскетболом – 11 (11,6%), футболом – 2 (2,1%). Кроме того 6 студентов (6,3%) предпочитают фитнес, йогу, пилатес, танцы. Ходьбу, бег и плавание предпочитают по 4 человека (4,2%), тхэквондо и альпинизм – по 1 (по 1,1%), в ряде случаев сочетая разные виды физической активности.

При этом большинство анкетированных (84 человека – 88,4%) не испытывали дискомфорта при физической нагрузке. В остальных случаях респонденты отмечали у себя: тошноту (6 человек – 6,3%), отрыжку (2 – 2,1%), изжогу (1 – 1,1%), их комбинацию (2 – 2,1%).

Что касается наследственности, то 55 респондентов (57,9%) отрицало наличие сходных с проявлениями ГЭРБ симптомов или подтвержденного диагноза. В 11 случаях (11,6%) в семье имелся как минимум один родственник с подтвержденным диагнозом ГЭРБ. На наличие редких рефлюксных жалоб у родственников указали 19 опрошенных (20,0%), родственников с часто повторяющимися симптомами отмечали 10 человек (10,5%).

### **Заключение**

Таким образом, создание специального опросника и проведение анкетирования позволило оценить частоту встречаемости симптомов ГЭРБ у лиц молодого возраста и выделить ряд факторов, связанных с пищевыми привычками и образом жизни студентов и способствующих возникновению и течению заболевания. В большинстве случаев клинические проявления рефлюксного синдрома протекали субклинически и не требовали обращения за медицинской помощью. Однако благодаря их обнаружению и детализации на раннем этапе болезни у студентов-медиков можно рекомендовать комплекс рекомендаций по формированию антирефлюксного режима с целью профилактики прогрессирования ГЭРБ и поддержанию высокого уровня качества жизни. [5]. Он предполагает коррекцию образа жизни («life style») и пищевых предпочтений, наиболее действенных в молодом возрасте.

При наличии рефлюксных жалоб рекомендовано:

- избегать обильного и редкого приема пищи;
- после приема пищи следует избегать физической активности с наклонами туловища вперед, а также горизонтального положения;
- последний прием пищи проводить не позднее, чем за 3 часа до сна;
- ограничить прием продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера, замедляющих эвакуацию пищевого химуса из желудка и оказывающих непосредственное раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода; в их числе цельное молоко, сливки, торты и пирожные, жирные сорта рыбы и мяса, алкоголь, кофе, крепкий чай, газированные напитки, шоколад, цитрусовые, томаты, лук, чеснок, острые приправы и специи, жареные блюда;
- сон с приподнятым головным концом кровати;
- исключить факторы, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с напряжением брюшного пресса, регулировать работу кишечника, избегая запоров;
- отказаться от курения; поддерживать массу тела в норме;
- по возможности воздерживаться от приема лекарственных препаратов, способствующих возникновению рефлюксов в пищевод (седативные и транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов,  $\alpha$ - или  $\beta$ -адреноблокаторы, теofilлин, простагландины, нитраты) и повреждающих слизистую оболочку пищевода и желудка (НПВС, ГКС и препараты калия).

### Литература

1. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Общество против изжоги // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 4. - С. 5-10.
2. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2018.- С.86-87.
3. Джулай Т.Е. Клинико-патогенетические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом: дис... канд.мед.наук. – Тверь, 2017. – 151 с.
4. Изжога и симптомы диспепсии у студентов медицинского вуза / Юпатов Г.И. [и др.] // В сборнике: Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета. УО “Витебский государственный медицинский университет”. 2015.- С. 95-96.
5. Джулай Г.С., Секарева Е.В., Джулай Т.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и соединительнотканые дисплазии в аспекте преморбидности и коморбидности // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология | выпуск 102.- №2, 2014. – С 16-20.