

*Г. М. Магльована*  
*М. А. Бичков*

Львівський національний медичний  
університет ім. Данила Галицького

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, функціональна печія.

**Резюме.** З метою вивчення клінічних особливостей перебігу патології стравоходу серед осіб молодого віку комплексно обстежено 112 студентів. Усім пацієнтам проводили анкетування, ендоскопічне обстеження верхніх відділів травного каналу та рН-моніторинг дистального відділу слизової оболонки стравоходу. Встановлено, що такий симптом, як печія, може бути не тільки органічного генезу (ерозивна та неерозивна форми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби), а й функціонального.

### Вступ

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є важливою та актуальною проблемою сучасної гастроентерології, що обумовлено наступними причинами: ГЕРХ є одним із найпоширеніших захворювань органів травлення (до 40% населення страждає на цю патологію); відмічається тенденція до зростання захворюваності та поширеності ГЕРХ; для ГЕРХ притаманний тривалий рецидивний перебіг, який може призводити до таких ускладнень, як стравохід Барретта, виразки стравоходу та інші [2, 6]. Згідно з Монреальським консенсусом ГЕРХ – це стан, який розвивається, коли рефлюкс шлункового вмісту спричиняє симптоми, що турбують пацієнта, або ускладнення [12]. Якщо у хворого внаслідок регулярного закиду до стравоходу шлункового та/або дуоденального вмісту має місце печія і/або виникають запальні або ерозивні зміни слизової оболонки дистального відділу стравоходу, діагностують ГЕРХ [7]. У практичній роботі особливо важливо визначити безпосередні причини розвитку ГЕРХ. До етіологічних факторів ГЕРХ належать: робота, пов'язана із значним фізичним навантаженням, нахилами, підніманням вантажів; постійне нервово-емоційне навантаження; нерегулярність харчування; надмірне зловживання продуктами, які впливають на тонус нижнього стравохідного сфінктера; куріння та зловживання алкоголем; супутня патологія травного каналу [6, 7].

На шлункову диспепсію страждає 20-40% дорослого населення, причому функціональну диспепсію (ФД) частіше спостерігають у людей молодого віку (17-35 років). На жаль, такий діагноз в Україні практично не встановлюють [5, 8]. Оцінити поширеність неерозивної ГЕРХ та ФД складно через неточності в термінології, проте передбачається зростання поширеності оверлап-

синдрому неерозивної ГЕРХ та ФД до 40-50% від загальної кількості пацієнтів з ГЕРХ [10].

Порушення моторики верхніх відділів травного каналу виявляють практично в половини хворих з неерозивною формою ГЕРХ, які часто мають диспепсичні скарги, зумовлені дискінезією дистального відділу стравоходу та сповільненим спорожненням шлунка і дванадцятипалої кишки. Спектр порушень моторики верхніх відділів травного каналу при ФД ширший і включає також порушення шлункової акомодатії, антропокардіальної та антропоуденальної координації і шлункові дисритмії [5]. Морфологічно при електронній мікроскопії слизової оболонки стравоходу у хворих на неерозивну ГЕРХ виявляють розширення міжклітинних контактів, що призводить до проникнення кислого або лужного рефлюксату в міжклітинний простір та власну пластинку слизової оболонки стравоходу і надмірного подразнення хеморецепторів, що зумовлює появу таких клінічних симптомів, як печія та загрудинний біль [1].

У патогенезі ГЕРХ та ФД недостатньо вивчена роль вегетативної нервової системи. Окремі автори вказують на часту асоціацію ГЕРХ з розладами вегетативної нервової системи в осіб молодого віку, з підвищенням активності симпатичної ланки та зменшенням впливу парасимпатичної нервової системи з надмірною симпатикотонічною вегетативною реактивністю [4].

Діагностують поєднання неерозивної форми ГЕРХ та ФД переважно в осіб молодого працездатного віку. Зниження поширеності цих патологій зі збільшенням віку, ймовірно, пов'язане як з прогресією неерозивної форми ГЕРХ в ерозивну, так і зі зростанням вірогідності розвитку органічної патології органів травлення та нівелюванням явищ ФД [5, 8]. Згідно літературними повідомленнями, пацієнти з неерозивною формою ГЕРХ

та ФД схильні до стресів, які провокують появу типової клінічної симптоматики [11]. На сьогодні для встановлення діагнозу неерозивної ГЕРХ або ФД необхідно враховувати наявність клінічних, інструментальних і гістоморфологічних даних, характерних для цих нозологій.

При власному вивченні поширеності печії серед студентів 1-3 курсів встановлено функціональний генез у 25% осіб, ерозивні пошкодження дистального відділу стравоходу виявили у 8,3% студентів. При поєднанні ендоскопії та рН-моніторингу слизової оболонки дистального відділу стравоходу у 66,7% осіб діагностовано неерозивну форму ГЕРХ [3]. Таким чином, серед захворювань стравоходу в студентів можна виділити ерозивну та неерозивну форми ГЕРХ і функціональну печію.

### Мета дослідження

Оцінити клінічні та ендоскопічні особливості перебігу патології стравоходу серед студентів.

### Матеріал і методи

Проведено комплексне обстеження 112 студентів (70 чоловіків та 42 жінки, віком від 17 до 20 років) 1-4 курсів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, які погодилися на анкетування (модифікована анкета Лікерта), ендоскопію верхніх відділів травного каналу та рН-моніторинг слизової оболонки дистального відділу стравоходу.

Анкетування проводилося на добровільних засадах із застосуванням спеціальної анкети, в якій містилися дані про вік, стать, домашня адреса і телефони для подальшого спостереження, антропометричні дані (маса тіла, зріст). Значну увагу звертали на запитання стосовно харчування: регулярність, зловживання жирними стравами, томатами, газованими напоями, кавою, міцним чаєм, цитрусовими, гострими приправами (оцет, сирі часник та цибуля, перець), цигарками та алкоголем. Реєструвались симптоми, які властиві для типової ГЕРХ (печія, відрижка кислим, дисфагія, гикавка, неприємний присмак у роті, одиофагія, біль у стравоході, відчуття «комка» за грудиною) та атипичної форми хвороби (нічні печія, кардіалгія, задуха, осиплість голосу, ерозія зубів). Окремо реєстрували клінічні прояви шлункової диспепсії – біль в епігастрії і його залежність від їди та прийому медикаментів, втрата апетиту, нудота.

Наявність запальних та ерозивно-виразкових змін у стравоході, шлунку та дванадцятипалої кишки встановлювалась ендоскопічно за допомогою апарату Pentax FG-29V за загальноприйнятою методикою.

рН-моніторинг здійснювався за допомогою комп'ютерної системи аналізу внутрішньопорожнинного рН стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки мобільним ацидографом РГ 1рН-М («Орімет» м. Вінниця) за методикою проф. В.М. Чернобрового.

Діагноз ГЕРХ встановлювали згідно з наступними ознаками: наявність печії (за даними анкетування) та/або патологічних змін при добовому рН-моніторингу – для неерозивної форми, ерозивний езофагіт А-В стадії (за Лос-Анжелеською класифікацією, 1994) – для ерозивної форми [9, 12].

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проведено на комп'ютері за допомогою програми Microsoft Excel. Вірогідними вважали відмінності при рівні значимості  $p < 0,05$ .

### Обговорення результатів дослідження

Серед стравохідних симптомів ГЕРХ головним є печія, яка виникає внаслідок тривалого контакту кислого ( $pH < 4,0$ ) шлункового вмісту зі слизовою оболонкою стравоходу і є патогномонічною ознакою ГЕРХ [6]. Встановлено (табл. 1), що щоденні скарги на печію і/або відрижку кислим висловлювали 40 осіб (35,7%), один раз на тиждень – 46 (41,1%), один раз на місяць – 26 осіб (23,2%).

Аналіз способу життя студентів (регулярність харчування, зловживання стравами, напоями, цигарками та алкоголем) наведений у табл.2.

З табл. 2 видно, що переважали студенти з нерегулярним харчуванням (87,5% проти 12,5%,  $p < 0,05$ ), що може свідчити про можливу участь цього фактора у виникненні печії. Виявлено у 48 (42,9%) осіб зловживання газованими напоями. Щодо паління якоїсь закономірності встановити не вдалось. Отже, нерегулярне харчування та зловживання газованими напоями можуть бути чинниками ризику провокування появи печії серед студентів.

Проаналізовано прояви шлункової диспепсії серед студентів (табл.3).

З даних, наведених у табл. 3, була відмічена різниця в особливості больового синдрому – 77,7% студентів відмічали помірний дискомфорт в епігастрії ( $p < 0,05$ ). Втрату апетиту виявлено в 24 осіб (21,4%). 30,4% студентів відмічали періодичну нудоту.

Результати ендоскопічного обстеження студентів наведені у табл. 4 і 5.

Як видно з табл. 4, найчастіше виявляли гастроєзофагеальний рефлюкс без пошкодження слизової оболонки стравоходу у 83 (74,1%) з 112 обстежених. Езофагіт стадії А-В встановлений у 9 осіб, що становило 8,1%. У 17,9% обстежених не було виявлено патології стравоходу.

Таблиця 1

## Наявність печії серед студентів

Печія	абс. знач.	відн. знач.
щоденна	40	35,7%
1-2 рази на тиждень	46	41,1%
1-2 рази на місяць	26	23,2%
Всього	112	100,0%

Таблиця 2

## Зв'язок способу життя із виникненням печії

Особливості перебігу	абс. знач.	відн. знач.
Регулярне харчування	14	12,5%
Нерегулярне харчування	98	87,5%
Зловживання газованими напоями	48	42,9%
Куріння	2	1,8%

Таблиця 3

## Характеристика проявів шлункової диспепсії

Особливості перебігу	абс. знач.	відн. знач.
Дискомфорт в епігастрії	87	77,7%
Втрата апетиту	24	21,4%
Нудота	34	30,4%

Таблиця 4

## Частота патології стравоходу серед студентів

Патологія стравоходу	абс. знач.	відн. знач.
Ерозивний езофагіт А-В ст.	9	8,1%
Гастроезофагеальний рефлюкс	83	74,1%
Без патології	20	17,9%
Всього	112	100,0%

Таблиця 5

## Поєднання патології стравоходу з захворюваннями шлунка і дванадцятипалої кишки

Патологія	абс. знач.	відн. знач.
Поверхнева гастропатія	33	29,5%
Дуоденогастральний рефлюкс	36	32,2%
Ерозивний бульбіт	12	10,7%
Виразка цибулини дванадцятипалої кишки	2	1,8%

Поєднання з іншою патологією верхніх відділів шлунково-кишкового каналу представлено у табл. 5.

Як видно з табл. 5, практично кожен третій студент окрім патології стравоходу страждає на дуоденогастральний рефлюкс (32,2%) або поверхневу гастропатію (29,5%). Ймовірно, що ці захворювання можуть бути факторами ризику виникнення ГЕРХ. Виявлено у 10,7% осіб ерозивний бульбіт. У двох студентів під час ендоскопії було діагностовано виразку цибулини дванадцятипалої кишки.

Патологічний гастроезофагеальний рефлюкс за даними рН-моніторингу слизової оболонки дистального відділу стравоходу встановлено у 92 (82,1%) студентів. У двадцяти з них показники кислотно-лужного стану стравоходу були в межах норми.

Отже, згідно сучасних стандартів діагностики [9, 12], діагноз «гастроезофагеальна рефлюксна хвороба» був встановлений у 82,1% студентів (ерозивна форма – 8,1%, неерозивна – 74,1%), а в 17,9% осіб верифікована «функціональна печія». Виявлено, що нерегулярне харчування та зловживання газованими напоями можуть провокувати розвиток печії у студентів. 77,7% молодих людей відмічали помірний дискомфорт у ділянці епігастрію. Практично третина студентів мають поєднання патології стравоходу із захворюваннями шлунка, а в кожного десятого діагностовано ерозії дванадцятипалої кишки.

**Висновки**

1. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба виявляється у 82,1% студентів (ерозивна форма – у 8,1%, неерозивна – у 74,1%).

2. Функціональна печія встановлена у 17,9% студентів.

3. Симптом печії в 1,6 раза частіше зустрічається серед чоловіків.

4. Нерегулярне харчування та зловживання газованими напоями можуть бути чинниками ризику розвитку патології стравоходу.

5. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба в третині випадків поєднується із патологією шлунка.

### Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні механізмів захисту слизової оболонки стравоходу та попередженні печії серед студентів.

**Література.** 1. Бичков М.А. Ультраструктурні особливості слизової оболонки стравоходу у пацієнтів, що тривало вживають НПЗП / М.А. Бичков, С.В. Бичкова, Я.Б. Швидкий // Укр. мед. часопис. – 2011. – №4(84). – С. 114-115. 2. Исаков В. Эпидемиология ГЭРБ: Восток и Запад / В. Исаков // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. Спец. вып. – Сентябрь, 2004. 3. Магльована Г.М. Функціональна печія та гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у студентів у період зміненого психоемоційного стану / Г.М. Магльована, М.А. Бичков, Г.І. Ковальчук // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 6 (62). – С. 29-31. 4. Моїсеєнко Г.П. Функціональний стан вегетативної нервової системи в осіб молодого віку із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою / Г.П. Моїсеєнко // Лікарська справа. – 2006. – №8. – С. 56-60. 5. Скрипник І.М. Оверлап-синдром неерозивної рефлюксної хвороби та функціональної диспепсії: клініко-епідеміологічний аналіз та лікування / І.М. Скрипник, Г.В. Осьодло, І.М. Шевага // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 2 (64). – С. 42-48. 6. Степанов Ю.М. Шляхи оптимізації лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / Ю.М. Степанов, І.Я. Будзак, С.В. Косинська // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 2 (64). – С. 109-113. 7. Пименов Л.Т. Гастроєзофагеальна рефлюксная болезнь в практике врача первичного звена / Л.Т. Пименов, Т.В. Савельева // Практ. медицина. – 2010. – №42. – С. 48-52. 8. Фадеенко Г.Д. Перекрестный синдром функциональная диспепсия и неэрозивная рефлюксная болезнь: тактика врача общей практики / Г.Д. Фадеенко, Т.Л. Можина // Здоров'я України. – 2009. – № 6/1. – С. 26-27. 9. Kahrilas P.J. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease / P.J. Kahrilas, N.J. Shaheen, M.F. Vaezi // Gastroenterology. – 2008. – Vol. 135. – P. 1383-1391. 10. Keohane J. Functional dyspepsia and nonerosive reflux disease: clinical interactions and their implications / J. Keohane, M.M. Quigley // Medscape General Medicine. – 2007. – Vol. 9 (3). – P. 31. 11. Talley N.J. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem / N. J. Talley // Neurogastroenterol Motil. – 2008. – Vol. 20 (suppl.1). – P. 121-129. 12. Vakil N. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil, S.V. van Zanden, P. Kahrilas // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 1990-1920.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Г.М. Магльована, Н.А. Бичков

**Резюме.** С целью изучения клинических особенностей течения патологии пищевода среди лиц молодого возраста комплексно обследовано 112 студентов. Всем пациентам проводили анкетирование, эндоскопическое обследование и рН-мониторинг дистального отдела слизистой оболочки пищевода. Установлено, что такой симптом как изжога может быть не только органического происхождения (эрозивная и неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), а и функционального.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, функциональная изжога.

UDK 616.32/33-002-036:371.711.2

### PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AMONG STUDENTS

H. M. Mahliovana, M. A. Bychkov

**The aim of the research:** to estimate clinical and endoscopic features of the course of oesophageal pathology in students.

**Methods:** A complex examination of 112 students (70 men and 42 women, aged from 17 to 20 years old), who agreed to be questioned (modified questionnaire of Likert), endoscopic examination of upper parts of the gastrointestinal channel and pH-monitoring of the esophageal distal part has been carried out.

**Results:** It has been stated that 40 persons expressed daily complaints of heartburn and/or acid eructation (35,7%), 46 persons expressed these complaints once a week (41,1%), 26 persons complained of such symptoms only once a month (23,2%). It has been found that most students had irregular meals (87,5%), which could be the evidence that this factor is involved in heartburn. It has been established that 77,7% students had moderate discomfort in epigastria ( $p < 0,05$ ), 24 persons had loss of appetite (21,4%), 30,4% students noted periodic nausea.

Gastroesophageal reflux disease without damaging of mucosa was revealed in 83 students (74,1%) by means of endoscopic examination of 112 persons. Esophagitis stage A-B was found in 9 persons, that constituted 8,1%. Every third student in addition to esophageal pathology had duodenogastral reflux (32,2%) or surface gastropathy (29,5%). Indicators of acid-based status were within normal limits in 20 students.

**Conclusions:** Gastroesophageal reflux disease was found in 82,1% students (erosive form – in 8,1%, unerosive form in 74,1%), functional heartburn was revealed in 17,9% students. GERD was combined with stomach pathology in the third of cases.

**Key words:** Gastroesophageal reflux disease, functional heartburn.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University  
e-mail: magvitaly@yandex.ru

Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol. 12, №1 (43). - P. 105-108.

Надійшла до редакції 07.02.2013

Рецензент – проф. О.І.Федів

© Г. М. Магльована, М. А. Бичков, 2013