

2. Больным с предраковыми состояниями (атрофии 3-4 стадии) требуется частое динамическое наблюдение, а при дисплазии высокой степени тяжести показана эндоскопическая или хирургическая резекция слизистой оболочки желудка, что предотвращает опухолевую прогрессию.

**Список литературы:**

1. Белова Г.В. / Каскад Согреа: современное состояние проблемы (литературный обзор). / Г.В. Белова, О.С. Руденко // Терапия. – 2018. – №2. – С. 42-48

2. Гутчель Т.А. / Тактика ведения пациентов больных с диспластическими изменениями слизистой оболочки желудка низкой степени. / Т.А. Гутчель, М.И. Быков, А.Я. Гутчель, Н.В. Корочанская // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2015. – №3-4. – С.54-61

3. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. илл. 250 с.

4. Михалёва Л.М. Предраковые поражения и ранний рак желудка: современные клиничко-морфологические данные. /Л.М. Михалёва, А.Е. Бирюков, Н.И. Поляно // Клиническая медицина. – 2017. – №10 – Т. 95 – С. 881-887

5. Пегашева И.Л. / Предикторы развития рака желудка: предраковые изменения слизистой оболочки желудка (кишечная метаплазия и дисплазия), факторы патогенности *Helicobacter pylori* (CagA, VacA) / И.Л. Пегашева, И.М. Павлович, А.В. Гордиенко // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2017. – № 4 (60). – С. 147-152

6. Bermejo San Jose F. et. al. Efficacy of four widely used techniques of the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in gastric ulcer disease // Rev. Clin. Esp. – 2000. – Vol. 200. – P. 475-479

УДК 616.3.61:061.2/4

**Козлова А.С., Сергеев Д.И., Акимова А.В.  
ЧАСТОТА СИМПТОМОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ  
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У СТУДЕНТОВ 5 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА**

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kozlova A.S., Sergeev D.I., Akimova A.V.  
THE FREQUENCY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE  
SYMPTOMS IN 5-YEAR STUDENTS OF THE MEDICAL UNIVERSITY  
Hospital Therapy and Emergency Medicine Department**

Urals State Medical University  
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: alina.kozlova1804@yandex.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены наиболее часто встречающиеся симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у студентов 5 курса медицинского университета. Исследование проводилось с помощью анкетирования респондентов одной возрастной группы. Были выявлены ведущие факторы риска развития данного заболевания.

**Annotation.** The article describes the most common symptoms of gastroesophageal reflux disease in five-years students of the medical university. The study was conducted using questionnaires from students of the similar age. In addition, leading risk factors for the development of this disease were identified.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, симптомы, факторы риска

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, symptoms, risk factors

### **Введение**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно - эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и забросом в пищевод желудочного и (или) дуоденального содержимого (гастроэзофагеальный рефлюкс) [3].

Проблема ГЭРБ в последнее время привлекает к себе внимание ученых и практикующих врачей многих стран мира. Это связано, в первую очередь, с ростом распространенности ГЭРБ, широким спектром предъявляемых пациентами жалоб, в том числе и внепищеводного характера, развитием таких серьезных осложнений, как пищевод Баррета и аденокарцинома пищевода, а также продолжительностью консервативной терапии и в ряде случаев неизбежностью хирургического вмешательства.

ГЭРБ по праву считают заболеванием XXI века, так как в последние годы прослеживается тенденция к уменьшению заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и увеличению заболеваемости ГЭРБ [1]. Она входит в число пяти состояний, которые в наибольшей мере ухудшают качество жизни пациентов.

ГЭРБ проявляется комплексом клинических симптомов, возникающих в результате заброса (рефлюкса) содержимого желудка в пищевод, протекает с периодическими обострениями и приобретает прогрессирующий характер. В зависимости от того, возникают при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет, различают: «эндоскопически позитивную ГЭРБ» (с рефлюкс-эзофагитом) и «эндоскопически негативную ГЭРБ».

Этот вопрос важен с точки зрения выбора оптимальной стратегии лечения с учетом возможности развития осложнений при прогрессировании заболевания до эрозивного эзофагита с последующим формированием метаплазии и риском возникновения на этом фоне аденокарциномы пищевода [2].

Среди жителей различных регионов России распространенность ГЭРБ составляет 40-60%, при этом с 18 летнего возраста частота ГЭРБ резко увеличивается [4].

Факторами риска развития ГЭРБ могут быть ожирение, возраст, генетика, беременность и травмы, которые способствуют механическому нарушению нижнего пищеводного сфинктера, приводя к патологическому рефлюксу и сопутствующим синдромам [5]. Способствуют развитию ГЭРБ: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, курение и злоупотребление алкоголем, выраженное физическое напряжение мышц живота, горизонтальное положение тела, запоры, метеоризм, употребление жирной, жареной, мучной пищи, кофе и шоколада, цитрусовых и др. К аналогичному эффекту приводит использование лекарственных средств, снижающих тонус гладких мышц, в том числе нижнего сфинктера пищевода (нитраты, холинолитики, блокаторы кальциевых каналов,  $\beta$ 2 адреноблокаторы, эуфиллин) [3].

Изжога является кардинальным и одним из наиболее частых симптомов ГЭРБ. Несмотря на то, что выраженность изжоги и частота ее возникновения не отражают степень тяжести эзофагита, они являются свидетельством наличия ГЭРБ [5].

На данный момент эпидемиология ГЭРБ среди лиц молодого возраста изучена недостаточно, для уточнения распространенности заболевания мы провели анкетирование студентов медицинского университета.

**Цель работы** - определение частоты симптомов ГЭРБ и факторы риска среди студентов 5 курса Уральского государственного медицинского университета.

#### **Материалы и методы исследования**

Авторами работы был составлен опрос на платформе GoogleForms, содержащий как вопросы из международного опросника GerdQ (6 вопросов), так вопросы по ранее диагностированным заболеваниям и факторам риска, которые могут приводить к ГЭРБ. По результатам опроса по системе GerdQ студенты были разделены на 2 группы – с баллом 8 или больше (высокий риск ГЭРБ), и с баллом меньше 8 (риск ГЭРБ низкий).

Были проанкетированы студенты 5 курса всех факультетов УГМУ, всего в опросе приняли участие 211 респондентов, 161 респондент женского пола (76,3%), и 50 мужского (23,7%), средний возраст составил  $23 \pm 1.2$  года.

Статистическую обработку проводили с помощью программы MicrosoftExcel портала Wolfram с применением критерия Пирсона. Различия частоты признака в группах определяли с помощью критерия хи-квадрат. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и обсуждение

По полученным данным, частота встречаемости высокого риска ГЭРБ по GerdQ среди студентов 5 курса УГМУ составила 16,6%.

Из анамнеза выяснили о диагностированных ранее заболеваниях желудочно-кишечного тракта (Рис. 1.).

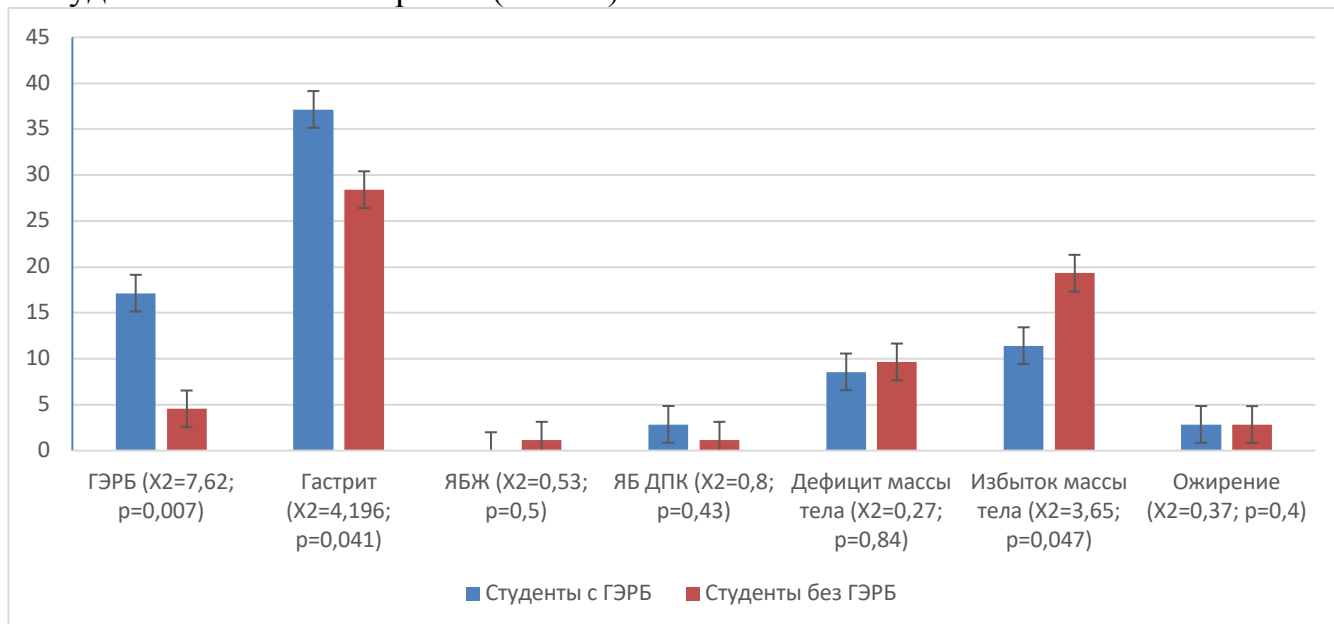


Рис. 1. Ранее диагностированные заболевания

У студентов, попавших в группу риска по GerdQ, ранее достоверно чаще были установлены диагнозы ГЭРБ ( $X^2=7,62$ ;  $p=0,007$ ) и гастрит ( $X^2=4,196$ ;  $p=0,041$ ). Указание на избыточную массу тела достоверно реже выявлено у пациентов низким риском ГЭРБ ( $X^2=3,65$ ;  $p=0,047$ ). Это связано с конституционными особенностями пациентов – ГЭРБ чаще проявляется у лиц с астеническим телосложением.

Респондентам были заданы вопросы об употреблении фаст-фуда и газированных напитков. Статистически достоверных результатов о связи этих факторов не выявлено.

В опрос были включены и некоторые другие значимые факторы риска (рис.2.)

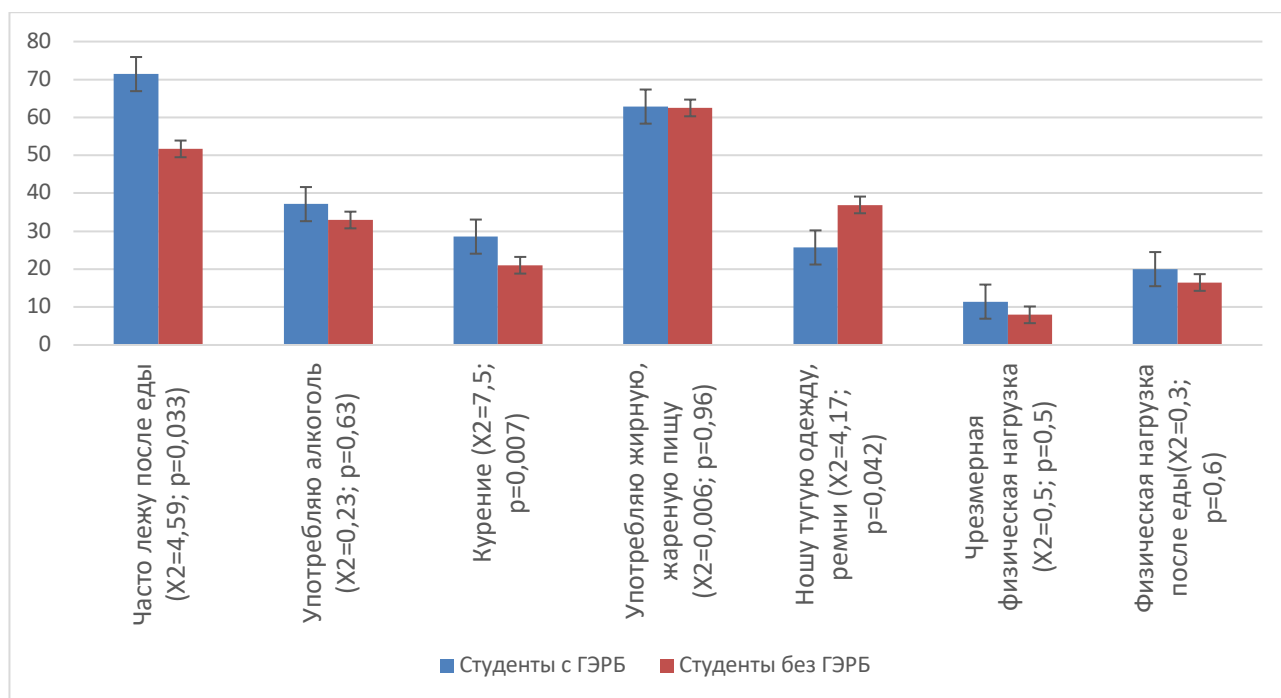


Рис. 2. Другие факторы риска ГЭРБ.

Достоверные различия были выявлены по таким факторам риска, как частое горизонтальное положение тела после употребления пищи ( $X^2=4,59$ ;  $p=0,033$ ), курение ( $X^2=7,5$ ;  $p=0,007$ ) – это говорит о значимом влиянии этих факторов на частоту появления симптомов ГЭРБ.

Ношение тугий одежды и ремней реже отмечали пациенты с высоким риском ГЭРБ ( $X^2=4,17$ ;  $p=0,042$ ). Мы можем это объяснить тем, что данный фактор риска является наиболее простым для коррекции, и студенты, отмечающие у себя симптомы ГЭРБ, пытаются снизить его влияние. Среди других факторов достоверных различий выявлено не было.

#### Выводы:

1. Частота высокого риска ГЭРБ ( $\geq 8$  по GerdQ) среди студентов 5 курса составила 16,6%;
2. Вместе с диагнозом «ГЭРБ» чаще всего выставляется диагноз «Гастрит», и среди пациентов с высоким риском ГЭРБ реже встречаются пациенты с избыточной массой тела.
3. Пациенты с высоким риском ГЭРБ чаще отметили нахождение в горизонтальном положении тела после еды и курение.
4. Студенты с высоким риском ГЭРБ понимают, с чем связаны их симптомы и пытаются модифицировать те факторы риска, которые им проще всего изменить.

#### Список литературы:

1. Маев И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — болезнь XXI века [Электронный ресурс] / И.В. Маев, Е.С. Вьючнова, М.И. Щекина // Лечащий врач: электрон.научно-практический портал. – 2004. - № 4. URL: <https://www.lvrach.ru/2004/04/4531224.html> (дата обращения: 23.02.2019).

2. Морозов С.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: формы заболевания и особенности их лечения / С.В. Морозов, Ю.А. Кучерявый // Лечебное дело. – 2015. - № 4. – С. 21-30.

3. Петров В.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / В.Н. Петров // Российский семейный врач. – 2010. – С. 40-42.

4. Шихнабиева М.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как клиническая проблема (обзор литературы) [Электронный ресурс] / Х.М. Батаев, М.Д. Шихнабиева // Современные проблемы науки и образования: электрон. науч. журн. – 2015. – № 3. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18945> (дата обращения: 23.02.2019).

5. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. / G. Boeckxstaens, H.B. El-Serag, A.J. Smout, P.J. Kahrilas // Gut. – 2014. – Vol. 63, N 7. – P. 1185-1193.

УДК 616:34-008.939.15

**Леонгард И.С., Смушкина Е.А., Куприянова И.Н., Бердников Р.Б.  
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ УИППЛА**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и  
иммунологии

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Leongard I.S., Smushkina E.A., Kupriyanova I.N., Berdnikov R.B.  
TO THE QUESTION OF THE DIAGNOSTICS  
OF THE DISEASES WIPPLE**

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology  
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine  
Ural State Medical University  
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [liza.smushkina@yandex.ru](mailto:liza.smushkina@yandex.ru)

**Аннотация.** В статье приведено клиническое наблюдение болезни Уиппла с суставным синдромом, осложненной тромбозом глубоких вен голени у больного 42 лет, излеченного от лимфомы Ходжкина IIБ стадии в 14 летнем возрасте. Своевременно начатая терапия привела к выраженной положительной динамике за 11 месяцев.

**Annotation.** The article presents a clinical case with articular syndrome in Whipple's disease in an immunosuppressive patient 42 years old, which proceeded