

УДК 616.441-002:616.329/.33-008.17-084-053.81

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
У МОЛОДЫХ ЛИЦ НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ**

Т.М. Пасиешвили, канд. мед. наук, доцент

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

В статье поднимаются вопросы формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у молодых пациентов в условиях аутоиммунного воспаления, т.е. аутоиммунного тиреоидита. С учетом результатов, полученных при оценке состояния вегетативного отдела нервной системы, рассмотрено влияние вегетативной дисфункции на течение заболевания. Показано, что развитию ГЭРБ предшествуют и ее сопровождают различные проявления вегетативной дисфункции, что оказывает влияние на длительность активной фазы заболевания и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, аутоиммунный тиреоидит, вегетативная дисфункция, профилактика, коморбидность*

**COMPLEX APPROACH TO THE PREVENTION OF GASTROESOPHAGEAL
REFLUX DISEASE IN YOUNG PATIENTS ON THE BACKGROUND AUTOIMMUNE
INFLAMMATION**

T.M. Pasiieshvili, PhD, Associate Professor

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The formation of gastroesophageal reflux disease (GERD) in young patients in conditions of autoimmune inflammation, i.e. autoimmune thyroiditis is shown in article. The effect of autonomic dysfunction on the course of the disease was considered, taking into account

the results obtained in assessing the state of the autonomic nervous system. It has been shown that the development of GERD is preceded and accompanied by various manifestations of autonomic dysfunction, which affects the duration of the active phase of the disease and the quality of life of patients.

Keywords: *gastroesophageal reflux disease, autoimmune thyroiditis, autonomic dysfunction, prevention, comorbidity*

Отличительной чертой современной клиники внутренних болезней является рассмотрение хронических неинфекционных заболеваний в контексте коморбидности. Такой диагностический подход обусловлен несколькими моментами. Во-первых, клиническая практика показывает, что даже у лиц молодого возраста (до 20 лет), заболевания внутренних органов протекают в различных сочетаниях и порой трудно установить доминирующую нозологию. Во-вторых, пересечение патогенетических звеньев различных нозологий может изменять клиническую картину, тем самым затрудняя диагностику на ранних этапах, что, естественным образом сказывается на подборе лечебных мероприятий. В-третьих, разработка методов профилактики обострений и осложнений при коморбидности нозологий – сложная задача, требующая учета многих составляющих.

Существует большое количество заболеваний, высокая частота сочетания которых обусловлена их распространенностью, преобладанием в определенные возрастные периоды, возникновением на фоне неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов. Среди таких нозологических форм рассматривают заболевания пищеварительного тракта и эндокринной системы.

Так, в последние годы отмечается постоянное увеличение лиц с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), что связывают как с наследственной предрасположенностью, так и действием ряда факторов окружающей среды. Медицинская статистика Украины гласит о 20-30 % встречаемости АИТ и особенно увеличение частоты данной нозологии среди пациентов молодого возраста (4, с.1-2; 6, с.2). Формирование любых заболеваний внутренних органов на фоне аутоиммунного воспаления чревато рефрактерностью лечебных мероприятий и затяжным периодом реконвалесценции. А возникновение подобных коморбидных состояний в молодом возрасте также может приводить к раннему формированию осложнений [1, с.1-2].

Одним из довольно частых заболеваний, которое может возникать в любом возрасте, является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Распространенность ГЭРБ и до настоящего времени не является точно установленной, однако считается, что среди взрослого населения она достигает 40-50%, с поправкой на то, что до 20% и более больных остаются неучтенными [2, с.25; 9, с. 1-2]. Это обусловлено редким обращением к врачу лиц молодого возраста с проявлениями изжоги и отрыжки - основного симптома заболевания [5, с.11-12].

Возникновение ГЭРБ обусловлено забросом (рефлюксом) в пищевод содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки, в результате нарушения моторно-эвакуаторной функции эзофагогастро-дуоденальной зоны. Т.е. одним из наиболее важных механизмов развития ГЭРБ считаются нарушенная перистальтика пищевода и дисфункция нижнего пищеводного сфинктера (НПС) [2, с.26; 9,с.753-757], работа которых регулируется центральной нервной системой, через *p. vagus* и вегетативными симпатическими волокнами. Уменьшение симпатической активности и парасимпатическая дисфункция, может снижать тонус НПС, способствовать росту числа и длительности его спонтанных релаксаций, прогрессирующих в патологический рефлюкс. Кроме того в регуляции перистальтики пищевода участвуют нейрогенные медиаторы ацетилхолин, норадреналин, серотонин, вазоактивный интестинальный пептид, оксид азота и др. Таким образом, в формировании нозологии задействованы многие производные, и, прежде всего, психоэмоциональные расстройства и нейропептиды, что и определяет клинические проявления заболевания [5, с.14-17; 7. с.827-829].

Следовательно, сочетанное течение АИТ и ГЭРБ, возникающее у лиц молодого возраста, имеет под собой не только количественные составляющие (значительная рас-

пространенность), но и патогенетические параллели, среди которых в первую очередь следует рассматривать психоэмоциональные расстройства [3, с.8-10; 8, с. 28-30; 10,с.324].

Цель работы: определить выраженность вегетативных нарушений, предшествующих и сопровождающих ГЭРБ на фоне аутоиммунного воспаления путем тестирования по методике А.М. Вейна.

Материалы и методы исследования. У 72 больных с сочетанным течением ГЭРБ и АИТ в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст - 22,1±1,31 лет) использовали анкету-опросник А.М. Вейна - GERD Screener с чувствительностью и специфичностью до 85%. Анкетирование пациентов давало возможность оценить клинические проявления заболевания, частоту их проявлений и возможное атипичное течение нозологии. Диагнозы АИТ и ГЭРБ устанавливали согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Верификация ГЭРБ (шифр МКБ-10 K21) проводилась эндоскопически с гистологическим исследованием биоптатов из слизистой оболочки пищевода. Эндоскопический диагноз формулировался в соответствии с Лос-Анджелесской классификацией. Диагностика АИТ была основана на результатах клинических, пальпаторных и инструментальных показателей состояния щитовидной железы, проведении теста на антитела к тиреоидной пероксидазе и тиреоглобулину, а также на определении гормонального фона по содержанию тиреотропного гормона, свободного трийодтиронина и тироксина в сыворотке крови.

Результаты и их обсуждение. Сбор анамнестических данных показал, что практически все пациенты (студенты вузов города) указывали на нерегулярность питания с частым сухоедением, употреблением фаст-фудовской пищи, газированных напитков, которое носило нерегулярный характер и имело значительные перерывы между отдельными приемами пищи. 47 студентов - курили в течение 3-5 лет до 10-20 сигарет в день, причем часто курения происходило на «пустой желудок». Пристрастия к крепкому алкоголю отмечено не было, но 27 студентов упоминали практически регулярное употребление пива. О стрессовых ситуациях было отмечено в беседах со всеми пациентами, причем пики таких ситуаций хотя и были заранее известны (сессия, зачет), но всегда были «внезапны и сильны».

Проведенное иммунологическое исследование на наличие антител к щитовидной железе позволило установить АИТ, а исследование гормонального фона дало возможность оценить функцию железы как эутиреоидную. При ФГДС исследовании в 86,1 % наблюдений (62 больных) установлена неэрозивная форма ГЭРБ, у 10 (13,9 %) – определены единичные эрозии

Распространенность вегетативной дисфункции (ВД) оценивали по опроснику Вейна А.М., состоящему из 11 вопросов [4]. Вегетативную дисфункцию подтверждали при получении 15 и более баллов.

Наибольшее количество положительных ответов было получено на следующие вопросы: 1. Отмечаете ли Вы при волнении склонность к покраснению лица (43 респондента), к побледнению лица (25); 4. Отмечаете ли Вы повышенную потливость: постоянную (15), «при волнении» (45); 5. Бывает ли у Вас ощущение сердцебиения, замирания, «остановки сердца» (49); нет – 23. 10. Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость? (да – 69); 8. Бывают ли у Вас обмороки (потеря внезапно сознания или чувство, что можете его потерять)?- 56 – нет. 7. Характерно ли для Вас нарушение функции желудочно-кишечного тракта: - склонность к запорам (18); - склонность к поносам (9); - вздутие живота (17); боли (9). 9. Бывают ли у вас приступообразные головные боли? (43). 11. Отмечаете ли Вы нарушения сна? (64).

Таким образом, среди проявлений вегетативной дисфункции с наибольшей частотой регистрировали: изменение цвета кожных покровов при волнении (94,4%), повышенную потливость (83,3%), сердцебиение (68,1%), появление ниже-диспепсического синдрома (73,6%), головные боли (59,7%), снижение работоспособности и быструю утомляемость (88,9%).

Чаще отрицательный ответ получали при следующих вопросах: 2. Бывает ли у Вас онемение или похолодание пальцев кистей, стоп («нет»- 49 больных); 3. Бывает ли у

Вас изменение окраски кожи (побледнение, покраснение, синюшность) – 49 – «нет». 6. Бывают ли у Вас ощущения затруднения при дыхании (нет – 46).

В тоже время отдельные проявления ВД у наших больных встречались довольно редко: так, онемение и похолодание конечностей не было характерным для 68,1% опрошенных; затрудненное дыхание – для 63,9%, обмороки - 77,8%, что, по-видимому, в большей степени связано с возрастом пациентов и малым анамнезом по нозологическим формам.

Проведенное анкетирование пациентов с ГЭРБ и АИТ показало, что 15 и более баллов имела большая часть лиц (79,2%), т.е. проявления вегетативной дисфункции «довольно часто» сопровождали данные нозологические формы, причем стаж по нозологии, пол и форма поражения слизистой оболочки пищевода не имели значения. В большей степени на частоту клинических проявлений, присущих ВД, влиял тип высшей нервной деятельности, который уточняли в процессе беседы с пациентом.

При оценке связи ГЭРБ-зависимой симптоматики с занятиями спортом было установлено, что у студентов, занимающихся в спортивных секциях, изжога встречается в 2,1 раза реже, а отрыжка в 3,7 раза реже, чем в среднем в обследованной популяции. Данный факт можно объяснить следующими положениями. Во-первых, физическая активность способствует повышению мышечного тонуса НПС и пропульсивной активности пищевода; во-вторых, занятия спортом препятствуют развитию вегетативного дисбаланса.

Уменьшение влияния пищевых девиаций способствовали уменьшению специфической пищеводной симптоматики. Однако, достоверно оценить влияние данного фактора было невозможно, поскольку добиться стойкого диетического комплайенса в ответ на врачебные рекомендации не удалось. Ведущей причиной этого была непопулярность, да и зачастую, невозможность полного выполнения правил «здорового питания» в молодежной среде.

Таким образом, сочетанное течение ГЭРБ и АИТ характеризовалось формированием вегетативной дисфункции, которая приводила к дополнительному «окрашиванию» клинических проявлений заболеваний, сохраняющееся и после купирования основных симптомов. Следовательно, достичь клинической ремиссии заболевания удавалось только по основным симптомам нозологий, в то время как проявления со стороны вегетативной нервной системы сохранялись длительное время, замедляли процесс реконвалесценции и оказывали влияние на качество жизни пациентов.

Выводы.

Сочетанное течение ГЭРБ и АИТ в большинстве случаев (79,2%) сопровождается вегетативной дисфункцией, проявления которой усугубляют клиническую симптоматику заболеваний.

Использование опросника Вейна А.М. для определения развития вегетативной дисфункции у пациентов с ГЭРБ и АИТ позволяет оценить «вклад» вегетативной нервной системы в основной патологический процесс и, тем самым, разработать меры профилактики и коррекции выявленных нарушений.

Нормализация образа жизни в целом или нивелирование отдельных факторов риска способствуют уменьшению клинической симптоматики и вегетативной дисфункции у молодых пациентов с ГЭРБ и АИТ.

Список литературы:

1. Абатуров А.Е., Петренко Л.Л., Герасименко О.Н. Хронический аутоиммунный тиреоидит у детей // Международный эндокринолог. журнал. – 2014. – №3. – С.21-27.
2. Роль тиреоидных гормонов в формировании моторно-секреторных нарушений у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с сопутствующим тиреоидитом // Сучасна гастроентерологія. – 2018. – №4 (102). – С.25-29.
3. Пасиешвили Т.М., Заздравнов А.А. Личная и ситуативная тревожность при сочетанном течении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и аутоиммунного тиреоидита у лиц молодого возраста // Сучасна гастроентерологія. – 2018. – №4 (102). – 7-12.

4. Ткаченко В. І., Максимець Я. А. Факторы риска возникновения и прогрессирования аутоиммунных заболеваний щитовидной железы: систематический анализ данных за последнее 10-летие // Семейная медицина, 2017.-№5(73).- С.21-28.

5. Фадеенко Г.Д., Гриднев А.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: пищеводные, внепищеводные проявления и коморбидность /под ред. акад. А.Н.Беловола. Киев, «Библиотека «Здоровье Украины», 2014.-376 с.

6. Шеремет М.І., Шидловський О.В., Сидорчук Л.П. Автоімунний тиреоїдит. Сучасні погляди на патогенез та лікування (огляд літератури) // Ендокринологія, 2014.-т.19.-№3.- С.227-235.

7. Camireli M. Disorders of gastrointestinal motility in neurologic disease // MayoClin/Proc.-2014.-Vol.65.-p.825-846.

8. Educational stress and somatoform autonomic dysfunction among the first year medical students // V.V. Ruzhenkova, V.A. Ruzhenkov, I.Ju. Shkileva, E.V. Sheljakina, Ju.N. Gomeljak // Inter/med.-2017.- No.6. — P.27—31

9. Iwakiri K., Kinoshita Y., Habu Y. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015 // J. Gastroenterol. - 2016. - P. 751- 767. doi: 10.1007/s00535 — 016-1227-8.

10. The association between autonomic dysfunction, inflammation and atherosclerosis in men under investigation for carotid plaques. // Marcus A. Ulleryd, Ulrica Prahl, Johannes Börsbo, Caroline Schmidt, Staffan Nilsson, Göran Bergström, Maria E. Johansson // Published: April 4, 2017 [https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0174974](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174974).