

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ЭНДОСКОПИК МАНЗАРАСИНИ РЕФЛЮКСАТ МУҲИТИ ТУРИГА АЛОҚАДОРЛИГИ

Д.Х. Юлдашева,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ушбу мақолада ГЭРБ билан хасталанган 120 беморда касаллиқнинг клиник аломатлари тубдан ўрганиб чиқилган. Тегишли натижаси ГЭРБ клиник аломатларининг намоён бўлиши рефлюксат характерида узвий боғлиқлигини кўрсатди. Ишқорий рефлюкслар учун одинофагия, дисфагия, оғиз аччиқ бўлиши каби клиник белгилар характерли бўлса, кислотали рефлюксларда эса жигилдон қайнаши, кекириш белгилари устиворлиги кузатилди. Эрозияли рефлюкс - эзофагит манзараси кўпроқ кислотали, унинг эрозиясиз кўриниши эса ишқорий муҳитли рефлюксатга хос бўлди.

Калит сўзлар: гастрозофагеал рефлюкс хасталиги, рефлюксат муҳити, кислотали муҳит, ишқорий муҳит.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИКО - ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ХАРАКТЕРОМ РЕФЛЮКСАТА

Д.Х.Юлдашева,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В ходе проведенных исследований было установлено, что характер рефлюксата накладывает определенный отпечаток на особенности проявления клинических признаков ГЭРБ. Такие клинические признаки как одинопфагия, дисфагия и горечь во рту оказались более характерными для щелочных, а другие как изжога, отрыжка, наоборот, для кислых показателей рефлюксата. Эндоскопический признак - эрозия была более характерна для кислого рефлюксата, а неэрозивные воспалительные изменения оказались чаще встречались при щелочном характере рефлюксата.

Ключевые слова: гастрозофагеал рефлюкс, характер рефлюксата, одинопфагия, дисфагия и горечь во рту.

FEATURES OF CLINICAL AND ENDOSCOPIC CURRENT GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN DEPENDING REFLUXATA

D. H. Yuldasheva,

Buxara State Medical Institute.

✓ Resume,

The clinical signs of the 120 patients suffered from gastroesophageal reflux disease are profoundly researched in this article. On the basis of the carried researches it is possible to conclude, that character of bile acid reflux leaves a certain mark on features of display of clinical signs of gastroesophageal reflux disease. Such clinical signs as odinofagy, disfagy and bitterness in a mouth have appeared more characteristic for alkaline and others as a heartburn, and an eructation, on the contraru, for sour indicators of bile acid reflux. If environment of reflux asid that erosive, and if alkaline, not erosive the gastritis form.

Keywords: gastroesophageal reflux, the nature of reflux, solitary phage, dysphagia and bitterness in the mouth.

Долзарблиги

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) аҳолининг меҳнатга лаёқатли қатламлари орасида кенг тарқалиши, оғир кечиши ва беморларнинг меҳнат қобилияти узоқ муддат давомида издан чиқиши сабабли муҳим социал ва тиббий муаммолардан бири бўлиб келмоқда [2,3,5,6].

Дарҳақиқат, ушбу хасталик жуда кенг тарқалган бўлиб, адабиёт маълумотларига кўра, аҳолининг меҳнатга лаёқатли қатламининг 25-40% да учрайди [3]. Шуниси диққатга сазоворки, ГЭРК иқтисодий жиҳатдан тараққий қилган мамлакатлар аҳолиси орасида кўпроқ учрайди. Жумладан, АҚШ аҳолисининг 40-42% жигилдон қайнаши ҳиссиётидан азият чекиб келмоқда [1,3,5,8,9].

Айни пайтда ГЭРКнинг клиник ва эндоскопик манзарасини ташкил этувчи аломатларни изчил ўрганишга кенг эътибор бериб келинмоқда. Ушбу изланишлар оқибатида йил сайин ГЭРКга хос бўлган турли белгилар қайд этилмоқдаки, бу унинг клиник манзарасини тобора бойиб боришига сабаб бўлмоқда [3,5,6,7]. Ҳатто, айнан уларга мос асоратлар доираси ҳам оҳисталик билан шаклланимоқда. Назарий жиҳатдан, ГЭРКда учрайдиган клиник-эндоскопик белгилар рефлюксат муҳити тури (РМТ)га эҳтимол алоқадор бўлиши мумкин. Аммо, ушбу фикрни тасдиқлашга имкон берадиган изланишлар сони нисбатда кам, улардаги маълумотлар ишонарли эмас.

Илмий изланиш мақсади: Шулардан келиб чиққан ҳолда ишимиздан мақсад - ГЭРК клиник-эндоскопик манзараси туб моҳиятини ташкил этувчи ало-

матларнинг содир бўлиш даражасини РМТга алоқадорлигини ёритиш.

Материал ва услублар

Ўз олдимизга қўйган вазифани амалга ошириш учун ГЭРК ташхисланган 120 нафар беморни клиник, лаборатор ва инструментал текшириш натижалари маълумотлари олинди. Беморларнинг 55 (45,8%) аёл, 65 (54,2%) нафари эркак жинсига мансуб бўлиб, ёшлари 18 - 57 (ўртача $34 \pm 4,2$) йилни ташкил этди. ГЭРК ташхиси клиник белгилар ва эндоскопик текширишларга асосланди.

Беморларни тадқиқотга жалб этиш мезонлари: жигилдон қайнаши ва регургитацияга шикоят бор 18 ёшдан катта ҳамда клиник ва инструментал текширишларга ёзма розилик берган шахслар. Тадқиқотга киритилмаслик мезонлари: илк мурожаатидан олдин 10 кун давомида Н2 - блокаторлар, протон помпаси ингибиторлари ва прокинетиклар қабул қилганлик, ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллигининг хуруж босқичидагилари, кардия ахалазияси, турли этиологияли циррозлар, қўзиш босқичидаги сурункали панкреатитлар, холециститлар, ўт-тош касаллиги мавжудлиги, *Helicobacter pylori* инфекцияси, анамнезида қизилўнгач, ошқозон, 12 бармоқ ичак, ошқозон ости беши ва ўт йўллари хасталиги туфайли операциялар, ҳомиладор ва эмизикли аёллар, анамнезида таклиф этилиши лозим бўлган дориларни яқин вақт ичида қабул қилиб ноҳўя таъсирини қайд этган ёки самарасини сезмаган ва буйрак сурункали етишмовчилиги мавжуд беморлар.

Беморларга ташхис қўйиш жараёнида рентгенологик, эндоскопик, зарурият туғилганда ултрасонография, компьютер томографияси ишлатилди. Рефлюксат муҳити тури муаллифлар томонидан таклиф этилган ҳам *in vivo*, ҳам *in vitro* ҳолатларда наҳорда дастлаб сифатий, сўнгра микдорий баҳо беришга имкон берадиган рН - метрия усули ёрдамида аниқланди. Ушбу усул қўлланилиши арафасида беморларга кофе, мева шарбатлари ҳамда антацидлар қабулидан воз кечиш таклиф этилди. ГЭРКга ташхис қўйиш давомида 2009 йили таклиф этилган таснифдан фойдаландик [4]. Тадқиқот ўтказиш Бухоро тиббиёт институти тасаруфида ташкил этилган этик қўмита ҳаёйати аъзоларидан розилик олинди.

Жалб этилган беморлар ёши, сони, жинси, касаллик анамнези давомийлиги, Кетле индекси даражаси ва ҳ.к. лар жиҳатидан репрезентатив тарзда 3 та мустақил гуруҳга ажратилди. Ушбу тақсимоатга ягона мезон - РМТ кўрсаткичи асос қилиб олинди. I гуруҳдаги 38 беморда рефлюксат муҳити кислотали ($2,6 \pm 0,3$), 36 шахсда ишқорий ($8,7 \pm 0,4$) ва қолган 46 нафар беморда аралаш рефлюксат муҳитига ($5,2 \pm 0,4$) эга беморлар эди. Беморларда қайд этилган клиник аломатлар динамикасини баҳолаш учун Ликертнинг 4 балли шкаласидан [1] фойдаланилди: 0 балл - симптом йўқ; 1 балл - кучсиз даражада симптомлар (ўйла-маса ҳатто сезмайди); 2 балл - ўрта даражада, лекин беморни доимий безовта қилади (ҳис этмасликни иложи йўқ, аммо кундузги фаоллик ҳамда уйқуни бузмайди); 3 балл - кучли (кундузги фаоллик ва уйқуни бузди); 4 - ўта кучли (яққол равишда кундузги фаоллик ва уйқуни бузди). Амалий жиҳатдан соғлом 12 кишининг рН - метрия натижалари ўртача $6,9 \pm 0,3$ ташкил этди ва ундан назорат кўрсаткич сифатида

фойдаланилди. Олинган маълумотлар Стъюдентнинг *t* - мезони қўлланган ҳолда статистик қайта ишланди ва $P < 0,05$ эга бўлган натижалар тафовути ишончли деб тан олинди.

Қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватини зарарланишининг оғирлик даражасини аниқлаш учун 120 нафар бемор эндоскопик текширувдан ўтказилди. Текширишда қизилўнгач шиллиқ қаватининг ҳолати, яллиғланиш даражаси, жойлашган жойи, ўлчами, шиллиқ қаватдаги дефектлар сони (эрозия, яралар, стриктуралар, қон қуюлишлар) кўрилди. Шунингдек ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қавати ҳолатига, қўшимча касалликларини йўқлигига (эрозия, яра, полип, ўсма) ва параллел равишда дуоденогастрал рефлюкслар аниқланди. Дуоденогастрал рефлюксда ошқозондаги массалар сариқ рангда бўялган, привратник очик, ўт кислоталари ошқозонга ўтиши аниқланди.

Текшириш давомида қизилўнгач пастки сфинкте-рин ҳолати, кардиал сфинктер очиклик даражаси ва параллел равишда диафрагманинг қизилўнгач тешиги белгилари кўрилди. Эзофагогастроудоденоскопия текшириш вақтида (ошқозон қизилўнгач шиллиқ қаватига порлапс) бўлганда беморлар қизилўнгач ва ошқозон рентгенологик текширишга юборилди.

Натижалар ва муҳокама

Клиник ҳамда эндоскопик белгиларнинг намоён бўлиш хусусиятларини ҳар томонлама ва кенг қамровда таърифлаш учун дастлаб ушбу хасталикнинг моҳиятини ташкил қилувчи асосий белгилар мажмуаси аниқланди. Сўнгра, ушбу аломатларнинг асосий икки кўрсаткичи (уларнинг учраш ва ҳис этилиш даражалари) атрофлича баҳоланди. Тадқиқот давомида ГЭРКнинг клиник - эндоскопик аломатлари РМТга алоқадор равишда намоён бўлиши қайд этилди. Ушбу ҳолат 80%дан ортиқ беморларда кузатилди. Шунини таъкидлаш лозимки, ГЭРКда кузатиладиган барча клиник ҳамда эндоскопик аломатлар РМТга айнан бир хил даражада алоқадор бўлиб намоён бўлмади. РМТга хослик даражаси уларнинг баъзиларида жуда юқори даражада бўлса, айримларида эса нисбатан пастроқ эди. Қуйидаги 1- жадвалдаги маълумотлардан кўриниб турибдики, ушбу қонуниятга кўпроқ жигилдон қайнаши, оғиздаги аччиқ таъм каби белгилар мос келди.

ГЭРК учун хос бўлган клиник аломатларнинг РМТга алоқадор равишда намоён бўлиш тартибини шартли равишда 3 га бўлиб ўрганиш мумкин: 1 - нисбатан кислотали муҳитга хос; 2 - нисбатан ишқорий муҳитга хос; 3 - ҳам кислотали, ҳам ишқорий муҳитга хос бўлган клиник аломатлар. Шунини таъкидлаш лозимки, кислотали муҳитга ўта хос равишда жигилдон қайнаши (97,3%), кекириш (94,7%) ишқорий муҳитга эса оғиздаги аччиқ таъм (91,6%), дисфагия (91,6%) жуда хос бўлди. Қолган клиник аломатлар: одинофагия, регургитация ҳар иккала муҳит учун деярли тенг даражада ифодаланди.

Клиник аломатларнинг беморлар томонидан ҳис этилиши даражасини Ликертнинг 4 балли шкаласи ёрдамида баҳолаш давомида қуйидаги натижалар қўлга киритилди. РМТ кислотали кўрсаткичи ташкил қилган ГЭРК билан хасталанган беморларда жигилдон қайнаш аломати ҳис этилиши жиҳатидан алоҳида ўрин эгаллади, ҳамда Ликерт шкаласи бўйича $3,5 \pm 0,9$ балли кўринишга эга бўлди. Шунини таъкидлаш лозимки,

ГЭРК клиник аломатларининг РМТга алоқадор равишда намоён бўлиш даражаси

Белгилар:	Аломатларнинг РМТга алоқадор равишда намоёнлик даражаси			
	Кислотали муҳитга (КМ) эга беморлар n=38	Ликерт шкаласида (балларда)	Ишқорий муҳитга (ИМ) эга беморлар n=36	Ликерт шкаласида (балларда)
Жиғилдон қайнаши	37 (97,3%)	3,5±0,9	27 (75%)	2.1±0,5*
Кекириш	36 (94,7%)	3,3±0,6	6 (16,6%)	1,4±0,8*
Оғиздаги аччиқ таъм	13 (34,2%)	1,8±0,4	33 (91,6%)	3,8±0,9**
Дисфагия	29 (76,3%)	2,2±0,5	33 (91,6%)	2,5±0,6
Одинофагия	4 (10,5%)	2,4±0,6	20 (55,5 %)	3,1±0,7*
Регургитация	33(86,8%)	3,1±0,7	32 (88,8%)	3,7±0,9*

Изоҳ: * P<0,05; ** P<0,001 статистик фарқ ишончли кислотали муҳитга нисбатан.

ушбу симптом РМТ ишқорий тусли беморларда анча паст кўринишни (2,1±0,5) ташкил этди ҳамда КМли беморларнинг айнан шу кўрсаткичидан статистик ишонарли фарқ қилди $p<0,05$. Аксинча, кекириш ИМли беморларда камроқ намоён бўлди ва унинг ҳис этилиш даражаси 1,4±0,8 баллни, КМли беморларда 3,3 ± 0,6 баллни ташкил этди $p<0,05$. Оғиздаги аччиқ таъм аломати РМТ ишқорий тусли беморларда нисбатан яққол намоён бўлди ва унинг ҳис этилиш даражаси 3,8 ± 0,9 баллни ташкил қилди. Айнан шу кўрсаткич КМли беморларда анча паст даражада кўзга ташланди ва унинг ҳис этилиш даражаси Ликерт шкаласи бўйича 1,8±0,4 баллда ифодаланди. Ҳар иккала гуруҳ беморларидаги мазкур кўрсаткичлар фарқ статистик ($p<0,001$) ишончли бўлиб чиқди. Дисфагия симптоми РМТ кислотали (76%) ва ишқорли (91,6%) бўлган беморларда турли даражада учрасада, ҳис этилиш кўрсаткичлари жиҳатидан эса деярли тенг балларда намоён бўлди. Сўнгги икки аломат: одинофагия ҳамда регургитация ҳам учраш, ҳам ҳис этилиш даражалари

жиҳатидан РМТ ишқорий бўлган беморларда яққолроқ кўринишга эга булди.

ГЭРК хасталигининг эндоскопик манзарасини намоён бўлишини талайгина ҳолларида РМТ алоқадорлиги кузатилди. Эндоскопик таҳлилда асосий гуруҳдаги беморлардан КМ эга беморларда НЭРК (шиллик қаватда ўзгаришлар деярли йўқ, катарал эзофагит) 47,3%, ИМ эга беморларда эса 66,6%, АРМ эга беморларда 73,8%, ГЭРК нинг эрозив - ярали формаси: КМ эга беморларда моно эрозия 23,6%, кўплаб эрозиялар 18,4%, эрозиялардан қон кетиши 7,9%, қизилўнғач яраси 10,5%, чандиқланиш 2,6%, ИМ эга беморларда моно эрозия 8,3%, кўплаб эрозиялар 5,5%, эрозиялардан қон кетиши 16,6%, қизилўнғач яраси 5,5%, чандиқланиш 2,7%, ҳамда АРМ эга беморларда моно эрозия 10,8%, кўплаб эрозиялар 4,3%, эрозиялардан қон кетиши 2,1%, қизилўнғач яраси 4,3%, чандиқланиш 2,1%, ташхисланди. Ҳар иккала гуруҳ беморларда биртадан Барретт қизилўнғачи эндоскопик ташхисланди (Жадвал 2).

2 жадвал.

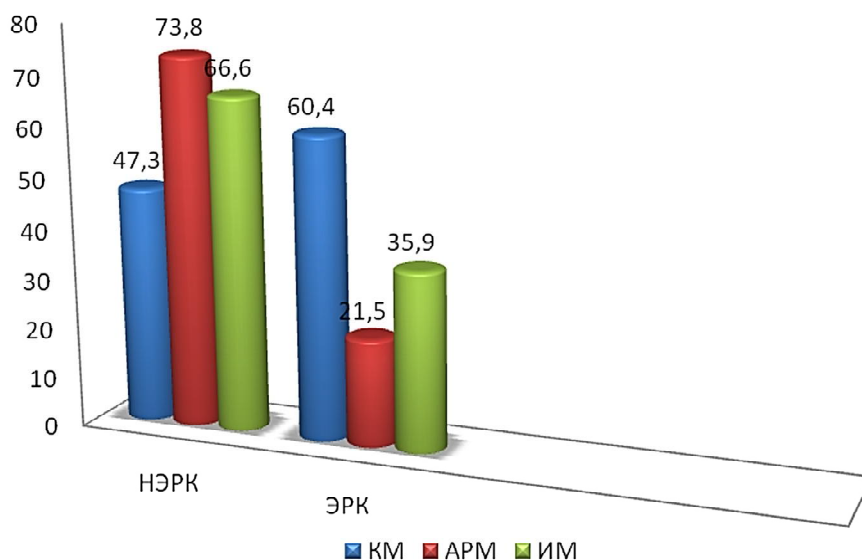
ГЭРК нинг эндоскопик манзарасини рефлюксат муҳити турига боғлиқ тарзда намоён бўлиши

Эндоскопик белгиси	Рефлюксат характери					
	КР n=38 (31,6%)		ИР n= 36 (30%)		АРМ n= 46 (38,3%)	
	абс	нис. (%)	абс	нис. (%)	абс	нис. (%)
Шиллик қаватда ўзгаришлар йўқ	6	15,7	12	33,3	9	19,5
Катарал эзофагит	12	31,5	12	33,3	25	54,3
Бирта эрозия	9	23,6	3	8,3	5	10,8
Кўп эрозиялар	7	18,4	2	5,5	2	4,3
Эрозиялардан қон кетиши	3	7,9	6	16,6	1	2,1
Қизилўнғачда яраларнинг пайдо бўлиши	4	10,5	2	5,5	2	4,3
Қизилўнғач стриктураси	1	2,6	1	2,7	1	2,1

Назорат гуруҳида қизилўнгач шиллиқ қаватида ЭГДС да патологик ўзгариш аниқланмади. Асосий гуруҳдаги (55,9%) беморларда эндоскопик манзарада ошқозон шиллиқ қаватининг қизилўнгачга пролапси паралел равишда диафрагма қизилўнгач тешиги чураси аниқланди.

ЭГДС маълумотлари бўйича (1 расм) катарал эзофагит ГЭРК аралашган рефлюксат муҳитига эга бўлган

беморларда кўп учраши аниқланди, КМ га нисбатан (73,8 % vs. 47,3%, $p < 0,001$). ГЭРК да ИМ эга беморларда катарал эзофагит белгилари 66,6% учради ва бошқа гуруҳлар билан қўзғатилган фарқи статистик ишонarli даражада ($p > 0,05$) бўлди. Шундай қилиб, ГЭРК гуруҳларидан АРМ эга беморларда характерли эндоскопик манзара бу - НЭРК дир.



1-расм. ГЭРК эндоскопик манзарасининг рефлюксат муҳитига боғлиқ равишда намоён бўлиш даражаси.

Эрозив-ярали эзофагит, аксинча КМ эга беморларда нисбатан юқори кўрсаткични ташкил этди, асосан эрозия ва яралар 42%, ИМ эга беморларга нисбатан юқори, моно ва кўплаб эрозиялар 35,9% , бундан ташқари АРМ да оғир даражали эзофагит (II ва III ҳамда IV даража, Savary-Miller классификацияси бўйича) аниқланмади.

Олинган таҳлиллардан қизилўнгач шиллиқ қаватининг эрозив яллиғланиш частотаси КМ эга беморларда ИМ ва АРМ эга беморларга нисбатан юқори кўрсаткични тасдиқлади. Олиб борилган тадқиқот ишлари шундан далолат бердики, ГЭРК хасталигида учрайдиган клиник ҳамда эндоскопик аломатлар РМТ алоқадор равишда намоён бўлар экан. Ушбу хасталикнинг туб моҳиятини ташкил этувчи аломатларнинг айрими КМли, яна бир қисми ИМли рефлюксат эга ҳолларда яққолроқ кўзга ташланди. Шундай қилиб, ГЭРК учрайдиган клиник ҳамда эндоскопик аломатларнинг талайгина қисми РМТ алоқадорлиги аниқланди. ГЭРК рефлюксат КМ эга бўлса жигилдон қайнаши, аксинча ИМлигида эса оғиздаги аччиқ таъм белгилари нисбатан кўпроқ учрайди. Рефлюксат КМли бўлганда эрозияли, ИМли пайтларда эса аксинча эрозиясиз рефлюкс - эзофагит манзараси кўпроқ кўзга чалинди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Жустин Е.В, Карриан М.Е, Хеунг, Винсент В.С. Вонг, Жосеп Ж.Е. Сунг. Различия клинических характеристик пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью и рефлюкс эзофагитом. //Клин гастроэнтерология и гепатология. Русское издание, 2008; 1: 169-175.
2. Исаков В.А. НЭРБ и ЭРБ: две стороны одной медали? //Клин гастроэнтерология и гепатология. Русское издание, 2008; 1: 166-168.
3. Кеннет Р. Мскайд, Лорен Лаин. Купирование изжоги с помощью ингибиторов протонной помпы: систематический обзор и метаанализ клинических испытаний. // Клин гастроэнтерология и гепатология. Русское издание, 2008 1: 184-192.
4. Мавлянов И.Р., Орзиев З.М., Маруфханов Х.М. О целесообразности создания новой клинической классификации гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. //Мед журнал Узбекистана. 2009; 5: С.98-101.
5. Неераж Шарма, Амит Агравал, Жанисе Фреман, Марсело Ф. Вела, Доналд Кастелл. Анализ стойких симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне лечения ИПП с учетом данных рН - импедансометрии. //Клин гастроэнтерология и гепатология. Русское издание, 2008; 1: 193-197.
6. Усик С.Ф., Осадчук М.А., Калинин А.В. Клинико-эндоскопические и морфофункциональные показатели в оценке течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в различных возрастных группах. //Рос. журн гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2006; 3: 17-22.
7. Шептулин А.А. Киприас В.А. "Внепищеводные" проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. //Рос журн гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2005; 5: С.10 -15.
8. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы //Клин.мед. - 2008. № 6.С. 8-11.
9. Lim L.G., Ho K.Y. Gastroesophageal reflux disease at the turn of millennium. //World. J. Gastroenterol. 2003: 2135-2136.

Поступила 20.11. 2017