



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕФЛЮКС ЭЗОФАГИТОВ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ

Нишанов М.Ф., Акбаров Ф.С., Носиров М.М.

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистан

✓ **Резюме**

Авторы анализируют прогностические факторы риска развития рефлюкс эзофагитов (РЭ). Авторы делают заключение, что основные факторы риска на фоне которых выявлялся РЭ выделены ожирение, стресс, курение грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), недостаточность функции кардии (НФК), прием медикаментов, а также алиментарный фактор. При их наличии частота развития РЭ достигала 44,6-71,4% случаев (при наличии фактора), тогда как при отсутствии указанных факторов эзофагит выявлялся существенно реже - 15,7-28,7% случаев.

Ключевые слова: рефлюкс эзофагит, эндоскопия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ГЭРБ, факторы риска.

PREVALENCE OF REFLUX ESOPHAGITIS AND RISK FACTORS FOR THEIR DEVELOPMENT

Nishanov M.F., Akbarov F.S., Nosirov M.M.

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

✓ **Resume**

The authors analyze prognostic risk factors for the development of reflux esophagitis (RE). The authors conclude that the main risk factors against which RE was detected were obesity, stress, smoking hiatal hernia (HH), cardiac insufficiency (NFC), medication, and alimentary factor. In their presence, the frequency of EC development reached 44.6-71.4% of cases (in the presence of a factor), while in the absence of these factors, esophagitis was detected much less frequently - 15.7-28.7% of cases.

Keywords: reflux esophagitis, endoscopy, gastroesophageal reflux disease, GERD, risk factors.

REFLUKS EZOFAGITLARNING TARQALISHI VA ULARNING RIVOJLANISHI XAVF OMILLARI

Nishonov M.F., Akbarov F.S., Nosirov M.M.

Andijon davlat tibbiyot institute, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Mualliflar reflyuks ezofagitining (RE) rivojlanishi uchun prognostik xavf omillarini tahlil qildilar. Mualliflar RE aniqlangan asosiy xavf omillari semirish, stress, chekish hiatal churra, kardial qism yetishmovchiligi, dori-darmonlar va ovqat hazm qilish omili degan xulosaga kelishdi. Ularning mavjudligida RE rivojlanish chastotasi 44,6-71,4% ga (faktor mavjud bo'lganda) yetdi, bu omillar mavjud bo'lmaganda, ezofagit kamroq – 15,7-28,7% hollarda aniqlanadi.

Kalit so'zlar: reflyuks ezofagit, endoskopiya, gastroezofagial reflyuks kasalligi, GERB, xavf omillari.

Актуальность

По данным ВОЗ отмечается рост заболеваний, связанных с патологией пищевода, а в частности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). ГЭРБ неизменно является наиболее часто диагностируемым заболеванием желудочно-кишечного тракта в США [6,9] и возникает в результате некомпетентного сопротивления ретроградному движению желудочного содержимого в пищевод. В течение многих лет основой начальной терапии ГЭРБ было медикаментозное лечение. Это включает в себя изменения образа жизни и диеты, такие как сон с приподнятым изголовьем, исключение из рациона вредных продуктов и отказ от еды в течение 3-4 часов после того, как лягут спать. Варианты лечения включали антациды при легких симптомах, переход на антагонисты рецепторов гистамина-2 или ингибиторы протонной помпы (ИПП) при более тяжелых симптомах. Подавление кислоты ИПП остается основой лечения, [3,4,5,7,8], но от 10% до 40% пациентов с ГЭРБ не реагируют на это лечение, вызывая рефрактерность к терапии ИПП. Рефрактерная ГЭРБ определяется улучшением симптомов рефлюкса менее чем на 50%, включая изжогу, несмотря на по крайней мере 12 недель терапии двойной дозой ИПП [1,2,10].

Цель исследования. Изучить распространенность эзофагитов при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а также факторы риска их развития.

Материал и методы

В эндоскопическом отделении Ферганского филиала РНЦЭМП и частной клиники «Endomed+» за период с января 2021 года по июль 2022 года было произведено 669 эндоскопических исследований. Это пациенты, обратившиеся с какими-либо клиническими проявлениями патологии верхнего отдела ЖКТ, при которых выполнялась диагностическая эндоскопия и были верифицированы различные доброкачественные заболевания. Из числа обследованных эндоскопически пациентов женщины составили 363 (54,3%), мужчины – 306 (45,7%) пациентов. Средний возраст пациентов составил $49,8 \pm 4,3$ года.

У всех пациентов с явлениями рефлюкс-эзофагита производилось взятие биоптатов из 3-5 точек в дистальном отделе пищевода биопсийными щипцами. Также производилось взятие материала для цитологического исследования цитологической щеткой фирмы «Olympus». Взятый материал маркировался и направлялся на гистологическое и цитологическое исследование. Гистологическое и цитологическое исследование производилось на базе отделения патологической анатомии ФФ РНЦЭМП ФФ и Ферганской области.

Результат и обсуждение

В 278 (41,6%) случаях установлена ГЭРБ, у 205 (30,6%) больных выявлен РЭ различной степени тяжести, причем в 73,7% случаев РЭ развился на фоне ГЭРБ. В 73 случаях рефлюкс на фоне НФК не привел к развитию эзофагита.

В таблице 1 приведено распределение больных после проведенного эндоскопического исследования по классификации степени тяжести эзофагита по Savary-Miller.

Таблица 1

Частота верификации РЭ при проведении эндоскопии для диагностики возможной патологии верхнего отдела ЖКТ

Степень по Savary-Miller	Всего	
	абс.	%
0	464	69,4%
I	117	17,5%
II	49	7,3%
III	26	3,9%
IV	13	1,9%
IV (язвы пищевода)	10	1,5%
IV (пищевод Баррета)	3	0,4%
Итого:	669	100,0%

Из 669 обследованных всего было 205 (30,6%) больных с эзофагитом. Большую часть, конечно же, составили пациенты с I степенью – 117 (17,5%). Далее шли II степень – 49 (7,3%), III степень – 26 (3,9%) и IV степень – 13 (1,9%). Преобладание легких степеней эзофагита объясняется тем, что основное большинство пациентов, все же обращались за врачебной помощью своевременно, часть пациентов начала получать соответствующую терапию уже на этапе обследования.

Все 669 пациентов подробно опрашивались и исследовались на наличие факторов риска. Проведены многоцентровые исследования, которые достоверно определили, что основными факторами риска при ГЭРБ являются: ожирение, стресс, курение, ГПОД, НФК, прием медикаментов, раздражающих желудок и злоупотребление острой, жирной пищей, алкоголем и кофе.

В результате выявлено, что 154 (23,0%) пациентов страдает ожирением, при этом у 110 (71,4%) из них выявлен РЭ. Тогда как при отсутствии ожирения РЭ выявлен лишь у 18,4% пациентов.

Еще большая разница отмечена при наличии стресса – 211 (31,5%) пациентов, 133 (63,0%) с РЭ, без стресса РЭ только в 15,7% случаев.

148 (22,1%) пациентов имели НФК, что конечно же является существенным фактором при развитии РЭ, который установлен у 75 (50,7%) из них. Примечательно, что при отсутствии НФК развитие РЭ отмечено лишь в 25% случаев. В 98 (14,6%) случаях выявлена ГПОД, из у 51 (52%) больного РЭ, тогда как без наличия ГПОД это осложнение развилось в 27% случаев.

Только 94 пациента из 669 человек курили, что составило 14,1%, однако при этом в 59,6% случаев развивается эзофагит. Тогда как при отсутствии курения у 74,1% пациентов РЭ нет.

Особенности национальной кухни и подчас злоупотребление острой пищей, алкоголем, кофе и другими раздражающими напитками явились фактором риска у 121 (18,1%) больного, что привело в 44,6% из них к РЭ, тогда как при правильном образе жизни данное осложнение отмечено только у 27,6% пациентов.

И, наконец, 69 (10,3%) пациентов свидетельствовали о постоянном приеме медикаментов, что в 33 (47,8%) случаев привело к развитию эзофагита. При отсутствии этого фактора риска, РЭ развился у 28,7% пациентов. Следующий график наглядно демонстрирует достоверную разницу в частоте верификации РЭ при наличии или отсутствии различных факторов риска.

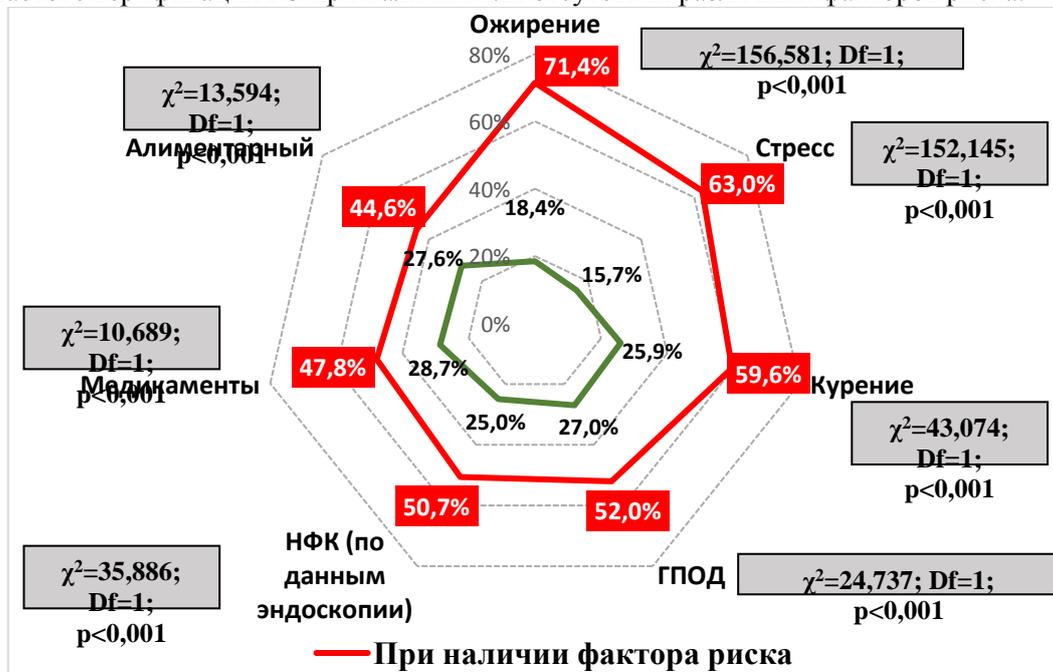


Рис. 1. Частота верификации РЭ при наличии или отсутствии различных факторов риска

Налицо 2-х, 3-х, 4-х кратное превышение частоты развития РЭ при наличии факторов риска (рис. 1). Наибольшая разница отмечена при наличии ожирения ($\chi^2=156,581$; Df=1; $p<0,001$), стресса ($\chi^2=152,145$; Df=1; $p<0,001$), несколько меньше зависит от курения ($\chi^2=43,074$; Df=1; $p<0,001$), ГПОД ($\chi^2=24,737$; Df=1; $p<0,001$), НФК ($\chi^2=35,886$; Df=1; $p<0,001$), приема медикаментов ($\chi^2=10,689$; Df=1; $p<0,001$) и алиментарного фактора ($\chi^2=13,594$; Df=1; $p<0,001$).

В структуре нозологий преобладали эрозивный гастрит или гастродуоденит: 331 (49,5%) пациент. Вторым по частоте диагнозом была ЯБДПК – 197 (29,4%) больных. Далее по частоте идет кардиоспазм – 49 (7,3%) пациентов. ГПОД выявлена у 56 (8,4%) больных. Сочетание ЯБДПК и ГПОД отмечено у 29 (4,3%) больных. Рефлюкс эзофагит изолированно, без присутствия другой патологии установлен у наименьшего количества больных – 7 (1%) (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по диагностированной патологии верхнего отдела ЖКТ

Патология	абс.	%
ЯБДПК	197	29,4%
Эрозивный гастрит или гастродуоденит	331	49,5%
Кардиоспазм	49	7,3%
ГПОД	56	8,4%
ЯБДПК и ГПОД	29	4,3%
Рефлюкс эзофагит	7	1,0%
Итого	669	100,0%

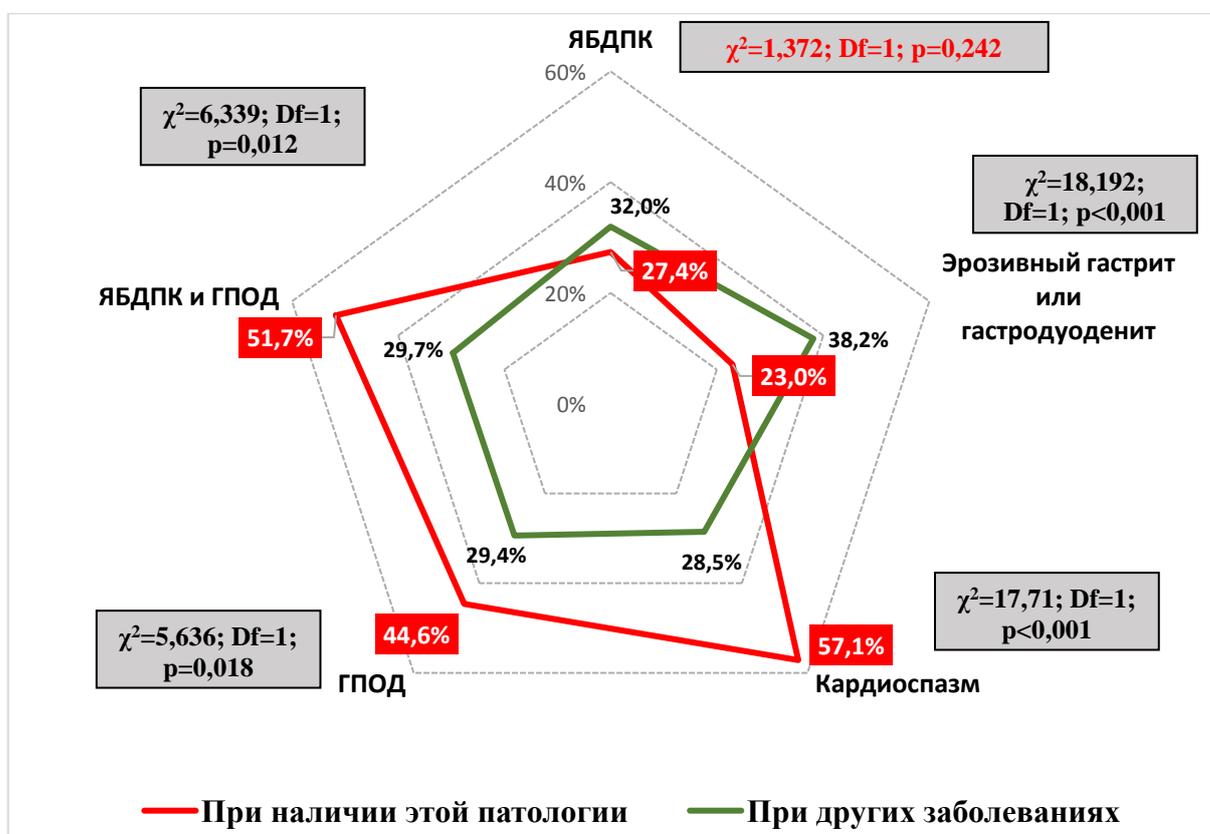


Рис. 2. Частота развития РЭ на фоне различной патологии верхнего отдела ЖКТ (сопоставляются данные по развитию РЭ при конкретной патологии в отношении частоты РЭ при всех других выявленных заболеваниях)

На рисунке 2 наглядно показывает разницу в частоте развития РЭ на фоне различной патологии верхнего отдела ЖКТ. Если сопоставить ЯБДПК с другими выявленными заболеваниями, то достоверной разницы нет, так при наличии ЯБДПК частота развития РЭ составляет 27,4%, тогда как без ЯБДПК – 32,0% ($\chi^2=1,372$; Df=1; p=0,242). При наличии только эрозивного гастрита или гастродуоденита, напротив частота развития РЭ даже меньше – 23%, чем при выявленных других патологиях – 38,2% ($\chi^2=18,192$; Df=1; p<0,001). Резкая двукратная разница отмечается при наличии кардиоспазма – РЭ у 57,1%, тогда как при других патологиях без кардиоспазма РЭ лишь в 28,5% ($\chi^2=17,71$; Df=1; p<0,001). Несколько меньше, но также с достоверным отличием РЭ развивается при ГПОД – 44,6% против 29,4% ($\chi^2=5,636$; Df=1; p=0,018) и сочетании ГПОД с ЯБДПК – 51,7% против 29,7% ($\chi^2=6,339$; Df=1; p=0,012).

Заключение

Таким образом, проведенные исследования позволили сделать следующее заключение: при проведении эндоскопических исследований для диагностики различной патологии верхнего отдела ЖКТ различные проявления рефлюкс-эзофагита выявлены у 30,6% (у 205 из 669 обследованных) пациентов, в структуре которых I степень по Savary-Miller составила 57,1% (у 117 пациентов), II степень у 23,9% (49), III - у 12,7% (26) и IV в 6,3% (13) случаев.

Основными факторами риска РЭ при ГЭРБ являются: ожирение, стресс, курение, ГПОД, НФК, прием медикаментов, раздражающих желудок и злоупотребление острой, жирной пищей, алкоголем и кофе. При их наличии частота развития РЭ достигала 44,6-71,4% случаев (при наличии фактора), тогда как при отсутствии указанных факторов эзофагит выявлялся существенно реже - 15,7-28,7% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Евсютина Ю.В. Новый взгляд на проблему гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, рефрактерной к лечению ингибиторами протонной помпы / Ю.В. Евсютина, А.С. Трухманов // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – № 5. – С. 4-9.
2. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Длительная терапия ингибиторами протонной помпы: баланс пользы и рисков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - №9. - С. 3-8.
3. Плотникова Е.Ю., Сухих А.С., Грачева Т.Ю., Вологжанина Л.Г. Клиническая эффективность рабепразола. // Медицинский алфавит, 2017, 9(306): 40-46.
4. Рыжкова О.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: учебное пособие. - Иркутск: ИГМУ, 2020. - 64 с.
5. Шульпекова Ю.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические и фармакологические аспекты / Ю.О. Шульпекова, В.Т. Ивашкин // Русский мед. журн. – 2002. – № 4. – С. 200-205.
6. Gong E.J., Park C.H., Jung D.H., Kang S.H., Lee J.Y., Lim H., Kim D.H. Endoscopic Therapy And Instrument Research Group Under The Korean Society Of Neurogastroenterology And Motility. Efficacy of Endoscopic and Surgical Treatments for Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. // J Pers Med. 2022 Apr 12;12(4):621. doi: 10.3390/jpm12040621.
7. Katz P.O., Gerson L.B., Vela M.F. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. // Am J Gastroenterol. 2013;108:308-328.
8. Lundell L., Miettinen P., Myrvold H.E., Hatlebakk J.G., Wallin L., Engström C., Julkunen R., Montgomery M., Malm A., Lind T., Walan A; Nordic GERD Study Group. Comparison of outcomes twelve years after antireflux surgery or omeprazole maintenance therapy for reflux esophagitis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009 Dec; 7(12):1292-8; quiz 1260. doi: 10.1016/j.cgh.2009.05.021.
9. Richter J.E., Rubenstein J.H. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology. 2018; 154:267-276. doi:10.1053/j.gastro.2017.07.045.
10. Sifrim D., Zerbib F. Diagnosis and management of patients with reflux symptoms refractory to proton pump inhibitors. Gut. 2012; 61: 1340-1354.

Поступила 09.07.2022