

STUDYING THE FREQUENCY OF THE SYMPTOMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Khazratov Utkir Khaidarovich

Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer of the Department of Propedeutics of
Internal Diseases, Bukhara Medical Institute, email: hazratovu29@gmail.com
+998934572036

Tosheva Hakima Bekmurodovna

Assistant of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bukhara Medical
Institute, email: Tkhakima2017@mail.ru +998914457505

Khalilova Feruza Abduzhalilovna

Assistant of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bukhara Medical
Institute, email: feruzakhalilova82@gmail.com +998914497867

annotation

The data of clinical and endoscopic signs of gastroesophageal reflux disease were studied. Among the patients surveyed, the clinical symptoms were 72% heartburn, 55% belching, and 54% bloating. The erosive form of stage A1 was 31 (57.4%), the ulcerative form of damage to the esophageal mucosa B1 in 23 (42.6%) cases.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease (GERD), clinic, endoscopy, heartburn, belching, bloating, erosion, ulcer.

В настоящее время растет частота заболеваемости ГЭРБ. Проведенные исследования в Европе и Северной Америке показали, что симптомы ГЭРБ испытывают ежедневно 4-10% населения, еженедельно – 20-30%, ежемесячно – 50%, заболеваемость неуклонно возрастает [2]. Клиническая симптоматика ГЭРБ включает изжогу,

отрыжку, срыгивание, в т.ч. руминации, метеоризм и симптомы, вызывающие тревогу, боль за грудиной, возникающая при прохождении пищи, которая иррадирует в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки и дисфагия, которая чаще возникают после еды, при наклоне туловища вперед или в ночное время, боль при приеме пищи и др., либо наличие изменений слизистой пищевода, выявленных при проведенном эндоскопическом исследовании желудка [3].

В настоящее время ГЭРБ по своей частоте и опасным последствиям признана ведущим заболеванием пищеварительной системы, в основе которого лежат первичные расстройства моторики сфинктерного аппарата желудочно-пищеварительного перехода. В отношении распространённости ГЭРБ имеются существенные географические

различия, причём распространённость в Западном полушарии и Европейских странах заметно превосходит Восточноазиатский регион. Среди населения развитых стран встречается от 25 до 40% случаев [2].

Литературные данные подтверждает, что распространённость ГЭРБ по результатам первичной фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) составила 30%. При наличии жалоб во время эндоскопического исследования пищевода в 30–35% случаев выявляют рефлюкс-эзофагит. Распространённость ГЭРБ у контингента пациентов стационара составила 30%, эрозивный эзофагит выявлен у 13%, неэрозивных форм ГЭРБ – у 17% [3]. Эти данные совпадают с результатами других авторов, изучавшими частоту эрозивных и неэрозивных форм ГЭРБ у амбулаторных больных, подвергшихся первичному эндоскопическому исследованию и анкетированию.

ГЭРБ среди кислотозависимых поражений желудочно-кишечного тракта занимает основное место и является болезнью XXI века [1,4,6]. Признание ГЭРБ патологией верхнего отдела пищеварительного тракта стало сдвигом в разработке различных направлений в терапии данной патологии. Многие из них направлены на подавление агрессивного действия рефлюксата. Так как агрессивное действие рефлюксата зависит от среды pH рефлюксата, это является пусковым

механизмом в развитии патологического процесса [5,6,7].

В клинической картине выделяют: пищеводные проявления, которые включают изжогу, отрыжку, срыгивание, одинофагию, боли в грудной клетке и/или эпигастральной области и внепищеводные. Анализ эпидемиологического исследования показал, что распространённость симптомов ГЭРБ среди населения трудоспособного возраста составила до 72% (3,4,8).

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологического анализа распространённости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и поражения слизистой оболочки пищевода.

Материал и методы. Проведено поперечное обследование среди населения Бухарской области в клинической базе многопрофильного медицинского центра лиц в возрасте от 18 до 67 лет методом анкетирования, предложенного нами для выявления у лиц симптомов ГЭРБ и по информированному согласию пациентов для выявления морфологических изменений у исследуемых проведена фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС прибором Olympus, Япония). Обследовано 533 пациентов, из них составляли: мужчин - 272 и женщин - 261. Всех пациентов информировали о целях исследования, получено

информированное согласие на участие в исследовании. Обследование включало эпидемиологический анализ и ФЭГДС исследование. Диагностика ГЭРБ у исследуемых базировалась на наличии жалоб на изжогу, отрыжку, срыгивание, вздутие живота, урчание, загрудинную боль и на основании Всемирного консенсуса определения ГЭРБ в популяции. По согласию пациентов, из них методом случайного отбора с гастроинтестинальными жалобами проведена ФЭГДС. У обследуемых пациентов для выявления морфологических изменений слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта по показанию проведено ФЭГДС. К эндоскопическому исследованию из 533 опрошенных дали согласие 273 (51,2%) пациента, из них мужчины составили 141 (51,6%) и женщины составили 132 (49,4%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. Следовательно, у исследуемых пациентов частота встречаемости симптомов ГЭРБ колеблется по разному и в взаимосвязанном виде (рис.1). Среди указанных симптомов изжога с той или иной частотой испытывает значительная доля опрошенного населения. Этот признак ГЭРБ отмечался у мужчин и женщин с одинаковой частотой, особенно вечером после приёма пищи, которая усиливалась в горизонтальном положении. Анализ данных показал, что из 533 опрошенных пациентов

изжога беспокоила 383 (72%), что составляет от общего количество исследуемых, из них мужчин 199 (51,9 %) и женщин 184 (48,1%), среди них пациенты с избыточным весом (повышенным индексом Кетли) составляет 254 (66,3%). Причем ежедневная изжога была у мужчин 37 (18,6%) в неделю раз у 73 (36,7%), в месяц раз беспокоила 89 (44,7%) и соответственно у женщин 32 (17,4%), 66 (35,8%) и 86 (46,7%) по срокам исследования.

Из ведущих клинических симптомов отрыжка встречалась у 294 (55%) пациентов, из них составили мужчины 151 (51,4%), женщины 143 (48,6%). У 62 пациентов мужчин была отрыжка с примесью пищи и у женщин 57 (19,4%) и у остальных соответственно у 85 (28,9%) и 86 (29,2%) пациентов беспокоила отрыжка с воздухом.

Срыгивание испытывают 186 (35%) опрошенных пациентов, из них 95 (51,1%) мужчин и 91 (48,9%) составляют женщины, что связано с повышением внутрибрюшного давления и снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера, нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Одним из частых клинических симптомов ГЭРБ является вздутие живота, что составляет среди опрошенных пациентов 288 (54%), из этого количество опрошенных 145 (50,3%) мужчин и 143 (49,7 %) женщин, это связано с нарушением пищеварения, процессов брожения, снижением

эвакуаторной функции, тонуса и перистальтических движений в желудочно-кишечном тракте, особенно у лиц с повышенной массой тела.

Среды обследуемых лиц урчание беспокоило 224 (42%), из них мужчин 117 (52,2%) и женщин 107 (47,8%). У опрошенных пациентов также выявлена боль за грудиной, которая составляет 171 (32%) пациентов, среди них 87 (50,9%) мужчин и 84 (49,1%) женщин составляет соответственно.

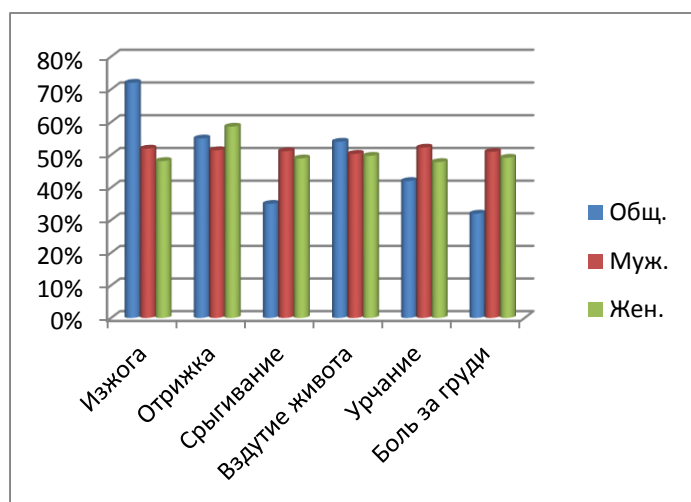


Рис. 1. Частоты встречаемости симптомов ГЭРБ

Проведённые ФЭГДС исследования показали, что эрозивная форма ГЭРБ составила 126 (23,6%) пациентов, из них 69 (54,8%) мужчин и 57 (45,2%) женщин. Катаральные изменения слизистой оболочки пищевода выявлены у 72 (13,5%) пациентов, из них 35 (48,6%) мужчин и 37 (51,4%) женщин, эрозивные поражения у 38 (30,2%) исследуемых, среди них 23 (60,5%) и 15 (39,5%) соответственно и аналогично язвенные поражения 16 (12,7%), из них 11 (68,8%) и 5 (31,2%) пациентов (рис.2.). Эрозивные и

язвенные поражения пищевода наблюдались у больных, которые беспокоили симптомы ГЭРБ более 5 лет.

Выраженность эрозивных повреждений слизистой пищевода определяли по классификации 1994 г. (Лос-Анджелес, США): стадия А-1 (или более) – участок поврежденной слизистой размером до 5 мм, который не захватывает слизистую между складками (т.е. расположен на вершине складки); стадия А1 составляет 31(57,4%), из них 18 (58,1%) мужчин и 13 (41,9%) женщин, и В1 стадия 1 (или более) – участок поврежденной слизистой размером более 5 мм, который не захватывает слизистую между складками составили 23 (42,6%), из них 15 (65,2%) мужчин и 8 (34,8%) женщин (рис.2).

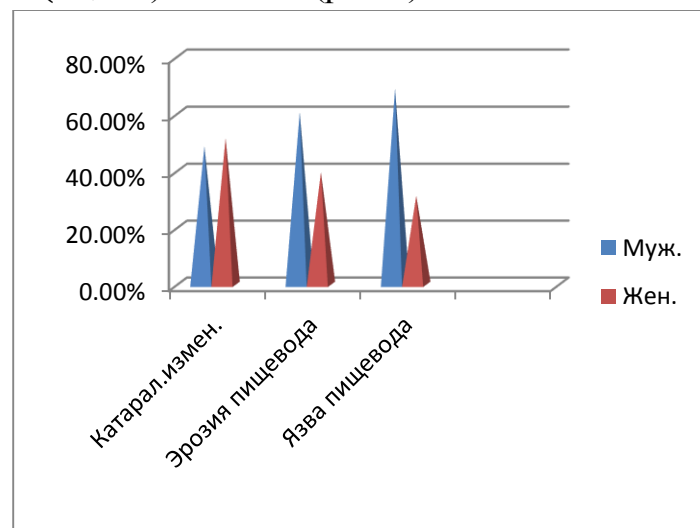


Рис.2. Частота встречаемости эрозивной формы ГЭРБ.

При анализе данных проведенного опроса выявлено, что 79,7% пациентов основное количество пищи принимали в позднее вечернее время суток, 8,4% злоупотребляли спиртными напитками и курением, 39,2% злоупотребляли

употреблением цитрусовых и мятных продуктов, 68,2% злоупотребляли употреблением животного сала и жира, у 67,1%, особенно мужчины после приема пищи принимали горизонтальное положение. В результате действия указанных факторов повышаются внутрибрюшное давление и постепенно снижается тонус нижнего пищеводного сфинктера, желудочное содержимое выбрасывается в обратную сторону в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта, что приводит к развитию симптомов ГЭРБ. Учитывая наличие вредных привычек, принятие горизонтального положения после приема пищи и эндоскопической картины, частота встречаемости эрозивной формы ГЭРБ доминирует у мужчин.

Выводы. Таким образом, у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью наиболее часто встречаются изжога, отрыжка, вздутие живота, урчание, эрозивные и язвенные повреждения слизистых оболочек пищевода.

Список литературы

1. Беялов Ф.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Пособие для врачей. М., 2009; С. 23.
2. Каспаров Э.В., Поливанова Т.В., Вшивков В.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны у школьников Сибири различного

возраста. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019; 29(4).-С.22-29.

3. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Теплухина О.Ю. и соавторы. Изучение эпидемиологических особенностей эрозивной и неэрозивной форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2005., № 5.-С.11-14.
4. Narziyev Sh.S., Erkinova N.E., Tosheva Kh.B. Morpho-Epidemiological Analysis Of Gastroesophageal Reflux Disease. International Journal of Bio-Science and Bio-Technology. -2020. № 12 p. 67-77.
5. Хазратов У.Х., Хакбердиева И. Терапевтическая эффективность корня солодки при рефлюкс индуцированной астме. Терапевтический Вестник Узбекистана. 2015.№3.-С.108.
6. Хазратов У.Х. Подход к терапии рефлюкс индуцированных поражений респираторной системы. Терапевтический Вестник Узбекистана. 2017.№3.-С.114.
7. Хазратов У.Х., Нарзиев Ш.С., Эркинова Н.Э. Оценка эффективности ультразвуковой ингаляции при рефлюкс индуцированной астме. Терапевтический Вестник Узбекистана. 2019.№3.-С.51-54.
8. Vakil N., Zanten S., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastro-esophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Amer. J. Gastroenterology. 2006. № 88.p. 1900-1920.