

УДК 616.248-06

СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРОМ РЕФЛЮКТАТА**Юлдашева Д.Х.***Бухарский государственный медицинский институт.г.Бухара.*

Менее чем за 20 лет гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) из мало приметных стремительно прибралась в когорту самых популярных заболеваний не только пищеварительного тракта, но и других систем организма. Подтверждением тому служит шквал научных публикаций с охватом многообразных параметров ГЭРБ. На сегодняшний день достаточно четко описаны особенности проявления многих клинических признаков ГЭРБ с раскрытием до тонкостей механизма их возникновения. Под стать им также ярко описаны «внепищеводные» проявления ГЭРБ и их дифференциация от некоторых ларингофарингеальных, бронхолегочных и сердечных заболеваний.[2,3,4,7,9,10]

Само собой разумеется, что выраженность ведущих клиничко – эндоскопических признаков ГЭРБ зависит от ряда факторов, включая таких как интенсивность рефлюкса и его продолжительность, компенсаторные возможности пищевода клиренса и другие. Правом на включение в данный ряд в полной мере претендует и рефлюктат, точнее не он собственно, а его характер. Теоретически можно полагать, что проявление отдельных клиничко – морфологических признаков ГЭРБ в известной мере могут оказаться зависимым от характера рефлюктата. Другой вопрос, именно какие из них и в каких мерах? Вне всякого сомнения, решение данной проблемы окажет неоспоримую пользу в оптимизации тактики ведения и лечения больных настоящим недугом. В поисках должного ответа на поставленный вопрос предпринята настоящая работа с целью выявления возможной связи между особенностями проявлений отдельных симптомов ГЭРБ и характером рефлюктата.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач в круг исследования были вовлечены 74 больных ГЭРБ в возрасте от 18 до 56 лет. У всех больных отмечался I (легкая) и II стадия (средняя) ГЭРБ согласно классификации предложенной одним из авторов данной работы [1,5,6,11,12]. На проведение исследования были получены согласия пациентов и членов этического комитета по правам человека в биомедицине при Бухарском медицинском институте. Все больные были разделены на две репрезентативные группы по возрасту и количеству пациентов, средней продолжительности анамнеза, гендерным показателям. Основным критерием для разграничения больных служил характер рефлюктата. У больных первой группы он был кислым и в среднем выглядел 3,2±0,5. В противовес этому у пациентов второй группы характер рефлюктата оказался щелочным и составил 8,7±0,7. Проявление клинических признаков ГЭРБ оценивалось по трех бальной шкале с градациями: высокой (+++), средней (++) и слабой (+) выраженности. Основанием для

градирования ведущих симптомов служили: частота суточного проявления, их продолжительность, влияние на качество жизни и т.д.

Диагноз ГЭРБ верифицировался на основании применения клинического, рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Характер рефлюктата изучался с помощью РН – метрии, проводимой *in vitro*. Для осуществления последнего рефлюктат извлекался через эндоскоп и тут же погружался в пробирку, затем *ex tempore* проводилась РН – метрия.

Полученные результаты и их обсуждения. Для оценки особенностей клинических проявлений первым делом был очерчен круг ведущих симптомов ГЭРБ, составляющий сущность заболевания. Только потом переходили к анализу каждого симптома болезни с учетом характера рефлюктата. При этом более тщательному разбору подвергались два важнейших, на наш взгляд, качества клинических признаков ГЭРБ: частота встречаемости и степень их восприятия. Выраженность последнего показателя оценивалась по трех бальной шкале. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Как следует из данных, представленных в таблице, частота проявлений ведущих симптомов ГЭРБ оказалась различной и наглядно зависимой от характера рефлюктата. Указанная зависимость в большей мере касалась проявлениям отрыжки, болевого синдрома (БС) и одинофагии, в меньшей – горечи во рту, изжоги и халитоза. Среди всех клинических признаков ГЭРБ более характерной и в то же время стабильной оказалась изжога. Она вне зависимости от характера рефлюктата доминировала в спектре клинических проявлений ГЭРБ. Так, если частота проявления данного симптома у больных с кислым рефлюктатом (КР) составила 97,6%, то при щелочном рефлюксе (ЩР) она оказалась чуть меньше и выглядела 73,8%. Как видно, габариты различия были не столь внушительными. Зато выраженным было отличие в степени восприятия симптома изжоги, прямо коррелирующее характером рефлюктата. Степень восприятия симптома изжоги у 1/3 части больных КР была высокой (+++), еще у стольких средней (++) , а у остальной части слабой (+) выраженности. У лиц ЩР наблюдалась несколько иная расстановка степени восприятия изжоги. Только лишь у 1/10 части из них отмечалась высокая (+++), а у остальных средняя (++) и слабая (+) степени восприятия изжоги были представлены в равной мере.

Впечатляющей оказалась частота встречаемости другого не менее важного клинического признака ГЭРБ – отрыжки. Если, она выявлялась, чуть ли у всех (94,1%) больных ГЭРБ с КР, то у пациентов ЩР всего лишь у 15,3% из них. Обнаруженный контраст в показателях распространения симптома отрыжки при наличии соответствующих лабораторных и инструментальных поддерживающих фактах может выполнять роли важного клинического критерия, позволяющего дифференцировать КР и ЩР.

Таблица №1

Сравнительная оценка частоты проявлений клинических признаков ГЭРБ с учетом характера рефлюктата

№	Симптомы ГЭРБ:	Характер рефлюктата			
		Кислый (n=38)		Щелочной n=36)	
		Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
1.	Изжога	37	97,3	27	75
2.	Отрыжка	36	94,7	6	16,6
3.	Болевой синдром с локализацией:				
	а) в эпигастрии	34	89,4	6	16,6
	б) за грудиной	1	2,6	31	86
4.	Дисфагия	29	76,3	33	91,6
5.	Одинофагия	4	10,5	20	55,5
6.	Горечь во рту	13	34,2	33	91,6

Другим выявленным отличием в показателях симптома отрыжки было особенности его проявления у обследованных больных. Так, у больных с КР отмечались одиночные, но звучные отрыжки. При щелочных показателях рефлюктата издавались тихие, серийные отрыжки. Более того, у первых отрыжка порой сопровождалась срыгиванием жидкости с кисловатым вкусом, а у вторых горьковатым. Выявленные отличия в проявлениях симптома отрыжки у обследованных больных, в совокупности в разы повышали диагностические шансы данного клинического признака.

Не менее контрастными оказались качественные показатели БС у больных ГЭРБ различным характером рефлюктата. Наглядным отличительным параметром БС была его локализация. Чаше всего отмечалась позади грудинная и подложечная локализация БС. При КР выявлялась преимущественно эпигастральная локализация БС (89,4%), а при ЩР, наоборот, позади грудинная (86%). Более того, БС у больных КР чаще всего носил жгучий, у пациентов ЩР тупой или неопределенный характер. И это еще не все. Весьма характерным оказалось отличие в проявлениях интенсивности БС. При КР наблюдалась достаточно высокие (+++) и (++) показатели интенсивности, а при ЩР,

наоборот, низкие (+). Наблюдались и другие качественные различия в параметрах БС, но они были не столь существенными. В связи, с чем решили не останавливаться на них.

Следующим симптомом ГЭРБ, заслуживающим внимание был дисфагия. Этот клинический признак гораздо чаще наблюдался у больных ГЭРБ (91,6%) с ЩР. В тоже время у пациентов ГЭРБ с КР частота распространения данного симптома оказалась на порядок ниже и составила 76,3%. Помимо этого дисфагия у больных с различными показателями РН (кислый и щелочной) отличалась также уровнем ощущения данного клинического признака. Так, при КР нарушение акта глотания гораздо чаще ощущалось на уровне верхней трети пищевода (ротоглоточная дисфагия), а при ЩР, наоборот, на уровне нижней трети (пищеводная дисфагия). Вместе с тем, чувство дисфагии было средним (++) или очень выраженным (+++) у больных ГЭРБ с ЩР. В то же время у пациентов ГЭРБ с КР это ощущение проявлялось гораздо слабее (+). Отмеченные различия в проявлениях симптома дисфагии в зависимости от показателей рефлюктата заслуживают должного внимания к нему. В совокупности с другими характерными симптомами (отрыжка, изжога, БС) ГЭРБ увеличивает масштабы познавательных возможностей клинических признаков.

Отличительные особенности наблюдались и в проявлениях другого не менее значимого симптома ГЭРБ – одинофагии. Этот клинический признак гораздо чаще фиксировался в случаях щелочного (55,5%) характера рефлюктата. При КР он встречался намного реже и составил всего лишь 10,5%. Столь ощутимая разница в проявлениях симптома одинофагии, обусловленная вероятно характером рефлюктата, требует особого отношения к нему. Поскольку, при определенных обстоятельствах, потенциал значимости его в установлении характера рефлюктата может приобрести решающее значение. Что касается выраженности восприятия симптома одинофагии, то и по данному его параметру также наблюдались некоторые отличительные особенности. Ощущение боли при акте глотания было средним (++) и высоким (++++) при КР. Тогда когда характер рефлюкса оказывался щелочным, то эти ощущения больше соответствовали слабой (+) его градации.

Также более характерным оказался клинический признак горечь во рту для щелочных показателей рефлюктата. Этот признак имел место 91,6% случаев ЩР. В то же время при КР он встречался всего лишь 34,2% случаев исследования. В свете полученных результатов можно утверждать, что потенциал признака горечи во рту достаточно велик и потому может, служит роли индикатора в разграничении характера рефлюктата.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что характер рефлюктата накладывает определенный отпечаток на особенности проявления клинических признаков ГЭРБ. Такие клинические признаки как боль за грудиной, одинофагия, дисфагия и горечь во рту оказались более характерными для щелочных, а другие как изжога, боль в подложечной области и отрыжка, наоборот, для кислых показателей рефлюктата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мавлянов И.Р., Орзиев З.М., Маруфханов Х.М. О целесообразности создания новой клинической классификации гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинский журнал Узбекистана. -2009 № 5 С.98-101.
2. Усик С.Ф., Осадчук М.А., Калинин А.В. Клинико-эндоскопические и морфофункциональные показатели в оценке течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в различных возрастных группах //РЖГГН. - 2006. №3 С. 17-22.
3. Шептулин А.А.Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы // Клин. Мед. - 2008. № 6.С. 8-11.
- 4.Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни. «ГЕОТАР - Медиа» Москва 2009. С.3-12
- 5.Шептулин А.А. Современная стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2003. № 6 С. 11-15.
6. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от мифов в прошлом к современным фактам (В память А.Л.Гребенева) // Клин.мед.- 2003.- Т.81,№6.- С.4-8.
7. Kauer WK, Peters JH, DeMeester TR, et al. Composition and concentration of bile acid reflux into esophagus in patients with gastroesophageal reflux disease. Surgery 1997; 127:874-81.
- 8.Lim L.G., Ho K.Y. Gastroesophageal reflux disease at the turn of millennium. // World. J. Gastroenterol. - 2003: Vol.9(10). - P.2135-2136
9. Yuldosheva D.X., Zokirov V.Z., Gulomova Sh.Q. Non-alcoholic fatty liver: modern view of the problem // Multidisciplinary Peer reviewed journal. India. Vol.6, Issue 12, 2020. – P.286-292.
- 10.Yuldosheva D.X., Relationship to the refluxate type of the effectiveness of treatment degree of gastroesophageal reflux disease // European Journal of Research. Austria, Vienna. – 2019. – № 2. – С. 110-114.
- 11.Yuldosheva D.X. Prevalence of non- alcoholic fatty liver disease, clinical and laboratory markers // Eurasian journal of medical and natural sciences. Tashkent. 2022, – P. 94-100.
- 12.Yuldasheva D. X., Radjabov N. G. Importance of character refluxate in the manifestation of clinical and endoscopic evidence of gastroesophageal reflux disease. //Web of Scientist: International Scientific Research Journal.2023, Volume-4. №10. P.12-16.