

Journal of New Century Innovations

VOLUME
4
ISSUE-4



Journal of new
century innovations

Exact and natural sciences

Pedagogical
sciences

Social sciences
and humanities

Engineering and
Medical Sciences

AREAS



Google
Scholar



WSRjournal.com

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДУОДЕНАЛЬНОГАСТРАЛЬНОГО
РЕФЛЮКСА И РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА.**

М.Ш. Каримов, Х.М.Маруфханов, М.И.Зиганшин.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Ташкентской
Медицинской академии; Совместно Узбекско-
Израильская клиника «HOREV Medical Centre».

Резюме.

В статье приведен литературный обзор и частота встречаемости дуоденогастрального рефлюкса и рефлюкс-гастрита. Описываются патологическое влияние и повреждающие механизмы дуоденального рефлюксата на слизистую оболочку желудка. В статье анализируется частота встречаемости и диагностические методы исследования 785 пациентов обратившихся к гастроэнтерологу.

Цель исследований – определить частоту встречаемости и наиболее частые жалобы дуоденогастрального рефлюкса, оценить эндоскопические и ультразвуковые методы исследования в диагностике данной патологии.

Ключевые слова: дуоденогастральный рефлюкс, рефлюкс-гастрит

Актуальность

В настоящее время гастроэнтерологи все чаще встречаются с моторно-эвакуаторными нарушениями в пищеварительном тракте, в том числе гастроэзофагеальным и дуоденогастральным рефлюксами (ДГР) в сочетании с различной патологией, что является причиной обращения пациентов за помощью к врачу [1; 2; 3; 16; 17]. Заболевания органов пищеварения широко представлены в общей заболеваемости детей и взрослых, и распространенность их постоянно увеличивается. Ведущие позиции занимают заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (60-70%), кишечника (15-20%), гепатобилиарной

системы (10-15%) [7]. Позднее выявление и лечение данных заболеваний в детском возрасте, ведут к развитию хронических патологий у взрослых [8].

Хронический гастрит – группа хронических заболеваний желудка, которые морфологически характеризуются воспалением, дистрофическими и дисрегенаторными процессами в слизистой оболочке желудка, а клинические проявления зависят от зоны поражения, глубины поражения и фазы воспаления, зависящей от возбудителя или повреждающего агента. [9].

Распространенность хронического гастрита в популяции составляет 50-80% всего взрослого населения [10]. С возрастом частота хронического гастрита увеличивается. Так как до 50 лет ту или иную форму хронического гастрита имеют 60%, а в возрасте от 50 до 70 лет – 95% населения. [11].

Рефлюкс-гастрит был включен в классификацию гастрита, получившую название «Сиднейская система» [12;14].

В проявлении нарушений деятельности клапанных аппаратов, особое внимание уделяется дуоденогастральному рефлюксу (ДГР). Дуодено-гастральный рефлюкс определяется как поток дуоденального содержимого в желудок [15]. В последнее время отмечается отчетливая тенденция в сторону увеличения распространенности ДГР. Особое значение придается проблеме не только высокой распространенности, но и риска развития сопутствующей патологии, утяжеления течения, атипичность клинической картины, высокой частотой рецидивов, ухудшения качества жизни. [5; 7]

Основную роль в повреждении слизистой оболочки желудка играют особенности желчных кислот. Желчные кислоты, обладающие детергентными свойствами, способствуют солюбизации липидов мембран поверхностного эпителия. Такой эффект зависит от концентрации, уровня конъюгации и гидроксилирования желчных кислот и что очень важно, от рН в полости желудка. При низких значениях рН слизистую оболочку повреждают только тауриновые конъюгаты, другие конъюгаты в таких условиях преципитируют. При высоком рН, неконъюгированные и дигидроксильные желчные кислоты обладают значительно большими повреждающими свойствами, чем желчные кислоты конъюгированные

и тригидроксильные. Определенную роль в повреждении эпителия играет лизоцетин, образующийся при дуоденальном гидролизе лицетина панкреатической фосфолипазой А. Поверхность слизистой оболочки желудка гидрофобна. Это связано с абсорбцией поверхностно-активных фосфолипидов наружной мембраны эпителиоцитов. В условиях эксперимента было показано, что такая гидрофобность резко снижается после кратковременной инкубации слизистой оболочки в среде, содержащей дезоксихолат натрия. Тем самым объясняется действие желчных кислот на фосфолипиды. [6] Также известно, что циклогеназа I (ЦОГ-1) в организме в нормальных условиях обеспечивает защитные свойства слизистой оболочки желудка через повышение синтеза простагландинов, способствующих секреции слизи, бикарбонатов и поддержанию оптимального кровотока [18]. При попадании рефлюксата (желчных кислот) в антральный отдел желудка происходит уменьшение протеиновой способности слизистой оболочки вследствие снижения синтеза простагландинов за счет воздействия на циклогеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты. [19; 20]

Терапевты, в том числе и гастроэнтерологи, крайне редко диагностируют ДГР, а значение его в патогенезе заболеваний органов пищеварения недооценивают [13]

Стоит отметить, что эндоскопически подтвержденные дуоденогастральные рефлюксы составили 42,1%. По литературным данным этот показатель в среднем составляет 48,9% [4; 6]

Из-за негативного влияния желчного рефлюкса на слизистую оболочку пищевода, желудка с высоким риском развития пищевода Барретта, кишечной метоплазии, аденокарциномы следует важное медико-социальное значение данной патологии. [21].

Цель работы.

С целью определения значимости и частоты встречаемости дуоденогастрального рефлюкса и изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, совершенствованию диагностического

алгоритма проведено ретроспективное исследование 785 больных в возрасте от 17 до 75 лет, обратившихся к гастроэнтерологу за 2020 год.

Материал и методы.

Основными жалобами обратившихся больных были диспепсические проявления различной степени выраженности. 326 больным была произведена ЭГДФС в нашей клинике и 76 в других медицинских учреждениях, но обратились для лечения в нашу клинику, ЭГДФС проведена 402 больным. При проведении ЭГДФС оценивалось состояние слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, состояние эзофагогастродуоденального и пилорического жомов, оценивалась перистальтика желудка, наличие желудочного и пищеводного содержимого. Пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю (основную) группу составили 169 пациента с эндоскопически подтвержденным дуоденогастральным рефлюксом, 144 наши наблюдения и 25 в эндоскопических заключениях из других клиник. Рис 1.

2-ю группу (контрольную) 616 больных которым ЭГДФС не проводилась или отсутствовали признаки дуоденогастрального рефлюкса при ЭГДФС (233).

С учетом данных ЭГДФС, дуоденогастральный рефлюкс встречался в 42,1% случаев.

Рис.1. Эндоскопическая картина основной группы пациентов (169)

Эндоскопическая картина	Количество пациентов	Выявлено	%
Дистальный рефлюкс-эзофагит с НФК в сочетании с различными изменениями слизистой оболочки желудка	169	103	60,9
Катаральный гастрит с признаками гипертрофии без эрозивно-язвенных изменений	169	23	13,6
Катаральный гастрит с признаками гипертрофии с эрозивно-язвенными изменениями	169	17	10,1

Катаральный гастрит с признаками атрофии и субатрофии без эрозивно-язвенных изменений	169	95	56,2
Катаральный гастрит с признаками атрофии и субатрофии с эрозивно-язвенными изменениями	169	22	13,0
Наличие язвенной болезни желудка или ДПК	169	12	7,1

Инструментальные исследования помимо ЭГДФС включало УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны. УЗИ исследования проводились всем 785 пациентам. В основной группе, заболевания желчного пузыря диагностировано у всех 169 пациентов. Билиарный сладж диагностирован у 123 пациентов (72,8%), у 46 пациентов диагностирован ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, что составило 27,2% соответственно. Рис 2.

Контрольной группе пациентов при УЗИ выявлено 512 патологий гепатопанкреатобилиарной зоны включающие в себя жировой гепатоз, хронический панкреатит и хронический холецистит с билиарным сладжем и без, что составило 83,1%, у 93 пациентов диагностирован калькулезный холецистит 15,1%; у 11 пациентов УЗИ картина без патологических изменений 1,8% соответственно.

Рис.2. УЗИ картина желчного пузыря основной группы пациентов (169)

УЗИ желчного пузыря	Кол-во пациентов	Выявлено	%
Билиарный сладж	169	123	72,8
ЖКБ	169	46	27,2

Проведенные исследования показывают, что заболевания билиарной системы и эндоскопически подтвержденный рефлюкс-гастрит сочетается во всех случаях наблюдения.

Анализируя клиническую картину всех пациентов в основной группе клинически встречались: тошнота, горечь во рту, чувство тяжести после еды и плохой аппетит, отрыжка, боли в эпигастрии и правом подреберье. Рис 3. Наиболее частыми жалобами были: тошнота и подташнивание (78,1%), чувство тяжести после еды и плохой аппетит (66,2%), отрыжка (56,2%), горечь во рту (50,9%), боли в эпигастрии, правом подреберье (39,6%). Стоит отметить, что болевой синдром сопровождался у всех пациентов с ЖКБ. Сочетание 3-х и более жалоб встречались у всех 169 пациентов. Изжогу мы не стали включать в анализ клинической картины, так как он характерен для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, которая не входит в объект наших исследований.

Рис.3. Клиническая картина основной группы пациентов (169)

Жалобы пациента	Количество пациентов	Обнаружено	%
Тошнота или подташнивание	169	132	78,1
Горечь во рту	169	86	50,9
Чувство тяжести после еды и плохой аппетит	169	112	66,2
Отрыжка	169	95	56,2
Боли в эпигастрии, правом подреберье	169	67	39,6
Сочетание 3-х и более жалоб	169	169	100

Выводы.

Таким образом, анализируя жалобы пациента, его анамнез и инструментальные методы исследования такие как УЗИ гепатопанкреабилиарной зоны и ЭГДС можно с высокой вероятностью диагностировать рефлюкс-гастрит в поликлинических условиях. Для определения тяжести дуодено-гастрального рефлюкса, выраженности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и моторной функции двенадцатиперстной кишки требуют дополнительных научных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б.Я.Барт., С.В.Михайлусов., М.П.Михайлусов., К.В.Мельников., А.С.Николаева. Дуоденогастральный рефлюкс в клинической практике. Российский медицинский журнал. 2013. С 18-21.
2. Василевский Д.И., Прядко А.С., Луфт А.В., Филин А.В., Кулагин А.В., саблин О.А., Лукина А.С. К вопросу о показаниях к хирургическому лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ее осложнений. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010; 10: 67-70.
3. Волков В.С., Колесникова И.Ю. Дуоденогастральный рефлюкс и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – расставим точки над «i». Верхневолжский медицинский журнал. 2010; 8 (1): 26-9.
4. Волков В.С., Колесникова И.Ю., Беляева Г.С.и др. О роли дуоденального рефлюкса в патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Эксперимен. и клин. гастроэнтерология. – 2003. - №1. – С.12-17.
5. Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И. дуоденогастральный рефлюкс в практике врача-гастроэнтеролога: очевидные опасности и скрытая угроза. // Здоров'я України. Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія. – 2012. - №1. - С. 11.
6. Лапченко Е.С., Преображенская Т.М., Галаева Е.В., Лоранская И.Д. Состояние слизистой оболочки желудка у больных с дуоденогастральным рефлюксом. // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2010. - №9. – С. 28-32.
7. Мазуренко Н.Н. Дуоденогастральный рефлюкс у детей: современный взгляд на проблему. Вестник Витебского Гос. Мед. Университета. 2018; Том 17; №1. С. 23-30.
8. Лапина Т.Л. Горечь во рту: интерпретация гастроэнтеролога/ Т.Л.Лапина, А.О. Буеверов // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2013. - №3. С. 18-24.

9. О.Н.Минушкин., И.В.Зверков., Н.В.Львова., Ю.С.Скибина., В.С.Иневатова. Хронический гастрит: современное состояние проблемы. // терапевтический архив. 2020. №8. С. 18 – 22.
10. Бурдина Е.Г., Минушкин О.Н., Зверков И.В. рациональная фармакотерапия хронического гастрита. Эффективная фармакотерапия. 2009; 1:1-5.
11. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М., 2008.
12. Аруин Л.И. Новая международная классификация гастритов. Архив патологии. 1991; 8:48-54.
13. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь: Руководство для врачей. – М.-М.К., 2000. – С.49-50.
14. Price A.V. The Sydney system. J. Gastroenterol. Hepatol. 1991; 6: 219-222.
15. Blum A.L.et al. Is duodenogastric reflux chemically relevant? // Working tear report. Int. Cong. of gastroenterol. and Dig. Endosc. m. – Rom, 1998
16. Hak N.J., Mostafa M., Salah T. et al. Acid and bile reflux in erosive reflux disease, non-erosive reflux disease and Barrett's esophagus. Hepatogastroenterology. 2008; 55: 442-7.
17. Sital R.R., Kusters J.G., de Rooij F.W., et al. Bile acids and Barrett's esophagus: a sine qua non or coincidence? Scand. J. Gastroenterol. 2006; 41 (suppl. 243): 11-17.
18. Narita T. Nonsteroidal antiinflammatory drugs induce hypermotilinemia and disturbance of interdigestive migrating contractions in instrumented dogs. Vet. Pharmacol. Ther/ 2006; 29 (6): 569-73.
19. Rhanapare S.P. Elicosanoids in inflammation: biosynthesis, pharmacology and therapeutic frontiers. Curr. Top. Med. Chem. 2007; 7 (3): 311-40.
20. Botting R.M. Inhibitors of cyclooxygenases mechanism selectivity and uses. J. Physiol. Pharmacol. 2006; 57 (suppl. 5): 113-24.
21. F. Banki [et al.]. Barrett's esophagus un females: a comparative analysis of risk factors in females and males. // Am. J. Gastroenterol. – 2005 Mar. – Vol.100, N 3. – P/ 560 – 567.

22	BOSHLANG'ICH SINIF O'QUVCHILARIDA KLASTER YONDASHUV MODELI VA MEZONLARI	112
23	WORKING WITH BLIND STUDENTS IN ENGLISH CLASSES	116
24	THE PROBLEMS OF TEACHING ENGLISH WITH NEW METHODS FOR THE FIRST YEAR STUDENTS	122
25	USING VARIOUS TEACHING METHODS IN ENGLISH LESSONS	126
26	BIOXILMA-XILLIKNI SAQLAB QOLISHDA BOTANIKA BOG'LARI VA O'SIMLIKLAR KOLLEKSIYALARINING AHAMIYATI	129
27	ОККАЗИОНАЛИЗМЫ В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ	133
28	ETERNAL TRACE IN HISTORY	138
29	STUDY OF LOANWORDS IN THE NEWS MEDIA TEXTS IN THE UZBEK AND KARAKALPAK LANGUAGES	141
30	TARBIYASI QIYIN BOLALAR BILAN OLIB BORILADIGAN PSIXOLOGIK ISHLARNI TASHKILLASHTIRISH	146
31	PROBLEMS OF TRANSLATION OF PHRASEOLOGICAL UNITS IN ENGLISH AND UZBEK LANGUAGES.	155
32	O'ZBEKISTONDA INKLYUZIV TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH	162
33	INKLYUZIV TA'LIMNING NAZARIY ASOSLARI	165
34	BOSHLANG'ICH SINIF O'QUVCHILARIDA FIKRLASH QOBILİYATINI RIVOJLANTIRISH ASOSLARI	169
35	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМА В СОЧЕТАНИЕ С ГЕПАТОПРОТЕКТОРАМИ.	174
36	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДУОДЕНАЛЬНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА И РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА.	181
37	LINGUISTIC FEATURES OF LOGISTICS TERMINOLOGY IN ENGLISH AND UZBEK LANGUAGES	189
38	BOSHLANG'ICH SINIF MATEMATIKA DARSLARIDA ALGEBRA ELEMENTLARINI O'RGANISHDA TA'LIM TEXNOLOGIYALARINING TUTGAN O'RNI	194
39	XALQ OG'ZAKI IJODIDAN FOYDALANISH ORQALI BOSHLANG'ICH SINIF O'QUVCHILARGA MILLIY QADRIYATLARNI SHUG'ULANDIRISH VA MILLIY G'URURNI TARBIYALASH TIZIMI.	198
40	СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ ПАТОГЕНЕЗА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА	204