

**ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИДА
ЗАМОНАВИЙ ТАШҲИС ВА ДАВО УСУЛЛАРИ**
**О. М. Гуламов¹, Ғ. К. Ахмедов², А. С. Бабажанов², С. Б. Махмудов²,
К. У. Шеркулов², Ш. А. Султанбаев²**

¹«Академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган
хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент,

²Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК), рефлюкс-эзофагит, NBI-режими, Барретт кизилўнгачи.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), рефлюкс-эзофагит, режим-NBI, пищевод Барретта.

Key words: gastroesophageal reflux disease (GERD), reflux esophagitis, NBI mode, Barrett's esophagus.

Ушбу мақолада Самарқанд ШТБ ва «Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ» ДМ диагностика бўлимларида 2019-2020 йилларда 234 нафар беморларнинг кизилўнгач шиллик каватида турли эрозив патологиялар билан асоратланган гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги билан беморларнинг диагностик ва даво тактикалари тўғрисида маълумотлар келтирилган. Диагностик текширишларнинг асосини эндоскопик текшириш ташкил қилиб, бу текшириш турли режимларда (оддий ва тор спектрли режим (NBI-режими)) олиб борилди.

**СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

О. М. Гуламов¹, Ғ. К. Ахмедов², А. С. Бабажанов², С. Б. Махмудов², К. У. Шеркулов², Ш. А. Султанбаев²

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии
имени академика В. Вахидова», Ташкент,

²Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

В этой статье опубликован анализ диагностической и лечебной тактики лечения 234 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и осложненными разными эрозивными патологиями слизистой оболочки пищевода, которые исследованы в диагностических отделениях Самаркандского Городского мед.объединения и ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» в период 2019-2020 гг.. Больные по показанию исследованы в разных режимах эндоскопического исследования (в обычном и в узкоспектральном режиме (режим-NBI)).

**MODERN DIAGNOSTICS AND THERAPEUTIC TACTICS IN GASTROESOPHAGEAL
REFLUX DISEASE**

O. M. Gulamov¹, G. K. Ahmedov², A. S. Babajanov², S. B. Makhmudov², K. U. Sherkulov², Sh. A. Sultanbaev²

¹Republican specialized scientific and practice medical center
of Surgery named of academician V. Vakhidov, Tashkent,

²Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

This article analyzes the diagnostic and therapeutic tactics of treating 234 patients with gastroesophageal reflux disease and complicated with various erosive pathologies of the esophageal mucosa, which were investigated in the diagnostic departments of the Samarkand City Medical Association and the Republican specialized scientific and practice medical center of Surgery named of academician V. Vakhidov in the period 2019-2020. Patients, according to indications, were examined in different modes of endoscopic examination (in the usual and in the narrow-spectrum mode (NBI mode)).

Муаммонинг долзарблиги: Қизилўнгач хирургияси тарихи аъзонинг анатомик жойлашуви мураккаблиги ва унга етиб боришда қийинчиликлар натижасида бошқа аъзоларни-кига нисбатан кейинроқ ривожланиди. Дастлабки операциялардан: Т. Бильрот 1971 йилда итларда қизилўнгач резекциясини бажариб, унга реанастомоз шакллантирган. Исонлардаги илк операцияни яна бир немис хирурги В.Черни 1877 йили қизилўнгач резекциясини бажариб, бемор операциядан кейин бир йилдан ортиқ яшаган. 1913 йилда Ф. Торек ўнг торакал кесма орқали қизилўнгач ўрта учлиги ёмон сифати ўсмасини олиб ташлаган. 1919 йили А.Сорези диафрагма чурраларининг илк операциясини бажарган бўлса, 1956 йили Р.Ниссен

диафрагма қизилўнғач тешиги чурраларида (ДҚТЧ) “фундопликация” қилиш ни таклиф қилган [1,3,4]. Қизилўнғач касалликларининг диагностикаси XX асрнинг 60-70 йилларига келиб ривожланди. Бунга айниқса, фиброэндоскопларнинг кашф қилиниши катта аҳамият касб этди [5, 8].

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллики (ГЭРК) ДҚТЧнинг асосий клиник белгиларидан бўлиб, у меъдадаги махулотларнинг қизилўнғачга рефлюкси беморда безовталики ва турли асоратларга олиб келади. 1995 йили ГЭРК алоҳида касаллики сифатида киритилди [2, 6, 8]. Текширишлар шуни кўрсатдики, Европа ва Шимолий Америка минтақалари аҳолисининг 40%да аниқланган бўлиб, тахминан уларнинг 25% медикаментоз даволанса, 15%и хирургик давога мухтож ҳисобланади [6, 9, 10]. Бугунги кунда ГЭРКнинг кўп учраши ва хавфли асоратларга олиб келиши, унинг ҳозирги замондаги катта муаммолардан бири эканлигини кўрсатиб турибди [1, 5, 7].

Текшириш мақсади: ГЭРК билан беморларда диагностик ва даво усулларини ўрганиш ва такомиллаштириш.

Текшириш материаллари ва усуллари: Биз Самарқанд ШТБ ва «Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ» ДМ диагностика бўлимларида 2019-2020 йилларда қизилўнғач шиллиқ қаватида турли эрозив патологиялар билан асоратланган гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги билан 1438 нафар беморларнинг диагностик ва даво тактикалари ўрганиб чиқдик. Беморларнинг ёши 18 дан 71 ёш орасида бўлиб, ўртача 36,2 ёшни ташкил қилди.

Беморларни жинслари бўйича ажратилганда, асосий беморлар эркак жинсига мансублиги аниқланди (62,4%). Текширишларнинг асосий қисми (72,5%) бирламчи бўлиб, асоратларга мойил беморлар динамикада бир неча марта қайта кўрилди. Беморларнинг 183 нафарида турли шакллардаги ДҚТЧ аниқланди.

Барча беморлар стандарт асосида текширилди. Текширишларнинг асосини эндоскопик текшириш ташкил қилан бўлиб, текширилган барча беморлардан 234 (16,3%) нафарида қизилўнғач шиллиқ қаватида эзофагит белгилари аниқланди. Бундай беморлар хромокопия билан мукаммаллаштирилган оддий усул ва NBI-режимли (Olympus фирмасининг CV-170 эндоскопида) эндоскопик усулларда текширилди. Шиллиқ пардада эзофагит белгилари кузатилганда, текширишни кучайтириш мақсадида 1%ли сирка кислотали хромокопиядан фойдаланилди. Бунда текшириш давомида 1%ли сирка кислота сепилади ва натижада қизилўнғачда яллиғланиш, дисплазия ва неоплазия ўчоқларини кўриш мумкин. Тор спектрли режимда эса, хромокопиядан фарқли равишда, бўёқлар шарт эмас ва ўз навбатида қулай, хавфсиз ҳисобланиб, текшириш учун кўп вақт шарт эмас. Шу билан бир вақтда кўринишни бир неча марта катталаштириш ҳам мумкин. Тор спектрли режимда фақат қиска тўлқинли нурлар ишлатилиб, улар фақатгина шиллиқ қават эпителийси ва шиллиқ ости қаватидаги капилляр қон томирларга сўрилади. Натижада катталаштириб кўрилганда, шиллиқ қават рельефи, қон томирлар ангиоархитектонияси яққол кўринади.

Барретт қизилўнғачи (БҚ) эндоскопик кўриниши ўзига хос бўлиб, оч пушти шиллиқ қават фонида тўқ пушти рангдаги ўзгарган соҳаларни кўриш мумкин. Бу ўзгариш кардиал сфинктердан проксимал соҳага йўналиб, ўзига хос гиперемия ўчоқлари (“олов тиллари”)ни ҳосил қилади. БҚ диагностикасини асосини шиллиқ қаватдаги ичак метаплазияси ҳисобланади. Бундай соҳалар яқиндан кўрилганда, атрофиялашгандек (худди атрофик гастритдагидек) бўлиб, қон-томирлари вертикал йўналган бўлади.

Рефлюкс-эзофагит билан беморлар M.Savary и G.Miller классификациясига кўра таснифланди [2.5.7]: I босқич – қизилўнғач дистал соҳаси Z-чизиқдан юқорига кўтарилиб шиллиқ қават диффуз ёки ўчоқли гиперемияси, II босқич – эрозия ўчоқлари бир-бири билан туташган, лекин шиллиқ қаватнинг барча соҳаларига ўтмаган, III босқич - эрозия ўчоқлари бир-бири билан туташган ва шиллиқ қаватнинг айланасига ўраб олган, IV босқич – қизилўнғач сурункали ярали зарарланиши, фиброз стеноз, қизилўнғач эпителийси цилиндрли метаплазияси (Барретт қизилўнғачи). 2004 йили Прагада Халқаро Ишчи Гуруҳ томонидан эзофа-

гитлар классификациясига БҚда “олов тиллари”нинг Z-чизикдан максимал узунлиги (М) ва БҚнинг циркуляр сегментининг узунлиги максимал узунлиги (С) критерийлари асосида классификация киритилди. Прага классификациясига кўра, БҚга эрозия ўчоқлари кардио-эзофагеал тўсиқдан 1 см юқоридагилар киради ҳамда узунлигига кўра: қисқа (1-3 см) ва узун сегментларга (3 смдан ортиқ) ажратилади.

Барча текширилган беморларда (n=234) иккала эндоскопик режимларда асоратларга гумон қилинганда, бир неча патологик соҳалардан (ҳар 1-2 см масофада айланасига 3-4 дан кам бўлмаган бўлақдалар) биопсия олинган. ва олинган материалларда патологик ўзгаришларни аниқлаш мақсадида гистологик текширишга юборилди.

Олинган натижалар: Барча қизилўнгач патологик ўзгаришлари билан беморларда 194 нафарида эндоскопик текшириш оддий режимда, 165 нафарида тор спектрли режимда ўтказилди. NBI-режимидаги кўпгина текширишларда шиллиқ қаватнинг нотекис структуралари аниқланди: асосан (72,3%) толали (ворсинкали, ғадир-будур) структуралар, баъзиларда шиллиқ қаватнинг силлиқ типи аниқланди. Баъзи беморларда эзофагит натижасида шиллиқ қават турли ўлчамлардаги шиши ва гиперемияси ҳамда патологик қон-томирли структуралар аниқланди. Эзофагитнинг оғир шаклларида шиллиқ қават доғли парда (некротик псевдомембрана) билан қопланган бўлиб, улар енгил кўчади ва бироз қон кетиши кузатилиши мумкин. Бундай ўзгаришлар оддий хромоскопик усулга нисбатан катталаштирилган ва тор спектрли режимда яхши кўринади ва кўпроқ маълумотлар беради.

NBI-режимида теширилган 18 (7,7%) нафар бемордан 27 биопсия соҳаларидан, оддий режимдаги хромоскопияли эндоскопик текшириш натижасида 14 нафар бемордан 16 соҳада БҚга хос бўлган қизилўнгач шиллиқ қавати эпителийсида цилиндроцитлар ва “қадахсимон” хужайралар (goblet-хужайралар) аниқланиб, улардан 2 нафарида қизилўнгач аденокарциномаси аниқланди.

Беморларда ўтказилган консерватив даводан (протон помпа ингибиторлари, H₂-рецепторлар антагонистлари билан) кейинги такрорий эндоскопик текширишларда (1-3 ойларда) эрозив ўзгаришларнинг қисқарганлиги ва шиллиқ қават ўзгаришларининг яхшилانганлиги, БҚ билан беморларда ҳам сегмент узунлиги дори қабул қилмаганларга нисбатан қисқарганлиги аниқланди. Лекин баъзи уларнинг баъзиларида консерватив даво тўхтатилгандан 2-3 ойдан кейинги даврда эндоскопик кўриниш ёмонлашгани кузатилди. II-III даражали эзофагит ва ДҚТЧ билан 12 (5,1%) нафар беморларга турли антирефлюкс операциялари (асосан Ниссен бўйича фундопликация ва унинг модификациялари) бажарилди. Қизилўнгач пастки учлиги аденокарциномаси билан беморлар комплекс даво ва операцияга тайёрлаш мақсадида онколог назоратига юборилди.

Хулосалар: ГЭРК энг кўп тарқалган касалликларга киради. Уларни вақтида аниқланмаса ва даво чоралари кўрилмаса, хавфли асоратлар (эзофагит, яра, стриктура, БҚ ва аденокарцинома) бериши мумкин. Қизилўнгач шиллиқ қавати эрозив ва диспластик ўзгаришларни асосий диагностик усули эндоскопик усул бўлиб, тор спектрли режимда (NBI-режим) текшириш оддий хромоскопияли усулга нисбатан кўп қулайликларга эга ва касалликни аниқлашда кўпроқ маълумотлар беради. II-III даражали эзофагитларда консерватив терапия наф бермаса ва ДҚТЧ билан бирга кечадиган беморларга турли антирефлюкс операциялари бажарилиши лозим.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ахмедов Ғ.К., Бабажанов. А.С. Роль эндоскопической диагностики при разных заболеваниях пищевода. // Материалы XV конференции «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» межд. конф. (24.04.2020 г.) г. Душанбе. 2020. С. 125-126.

2. М. Т. Ачилов, Г. К. Ахмедов, Ж. К. Тухтаев, М. М. Дусияров, Ж. И. Алимов Профилактика и лечение повышенного внутрибрюшного давления у больных с перитонитом / Доктор ахборотномаси, 1(98), 2021, С.16-20. DOI: 10.38095/2181-466X-2021981-16-20.
3. Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Ахмедов А.И., Обидов Ш.Х. Совершенствование методов герниопластики при симультанных абдоминальных заболеваниях...// «Наука и мир» Международный научный журнал, № 6 (34), 2016, Том 3. С. 29-31.
4. Васильев Ю.В. Пищевод Барретта: этиопатогенез, диагностика, лечение больных. Трудный пациент. №7, том 4, 2006 г. С. 29-37.
5. Гуламов О.М., Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Тухтаев Ж.К. Хирургическая тактика при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения. Сборник статей XV Межд. конф. (23.10.2019 г.) г. Пенза. С. 195-197.
6. Гуламов О.М., Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И., Шеркулов К.У. Диагностическая и лечебная тактика при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // ISSN 2541-7851. Вестник науки и образования № 3(106). Часть 2. 2021. С.62-66.
7. Черкасов М.Ф., Скуратов А.В., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г. Принципы диагностики и лечения пищевода Барретта. //Современные проблемы науки и образования. 2017. №4. С. 45-49.
8. Babajanov A.S., Achilov M.T., Ahmedov G.K., Tukhtaev J.K., Saydullaev Z.Ya. Improvement of methods of hernioabdominoplasty with simultaneous surgical diseases. // ISSN 2308-4804. Science and world. 2020. №4 (80). Vol. II. 65-67.
9. Curvers W., Fockens P., Bergman J. Эндоскопия с возможностью высокого разрешения и в режиме NBI: пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода. 2005, № 6. С. 20-23.
10. Gulamov O.M., Babajanov A.S., Ahmedov G.K., Achilov M.T., Saydullaev Z.Ya., Khudaynazarov U.R., Avazov A.A. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus. // Doctor's herald №2(94)-2020. ISSN 2181-466X. 116-120. DOI: 10.38095/2181-466X-2020942-116-120.
11. Gulamov O.M., Babajanov A.S., Ahmedov G.K., Khudaynazarov U.R. Problems of diagnosis and treatment of barrett's esophagus. // ISSN 2308-4804. Science and world. 2020. №4 (80). Vol. II. 75-77.
12. Sharma P, Weston AP, Topalovski M, Cherian R, Bhattacharyya A, Sampliner R.E. Magnification chromoendoscopy for the detection of intestinal metaplasia and dysplasia in Barrett's oesophagus. Gut 2003; 52(1): 24–27.