

12. Wang Y., Marsden P.A. Nitric oxide synthases: biochemical and molecular regulation // Curr. Opin. Nephrol. Hypertens. - 1995. - V. 4. - P. 12-22.
13. Weinberger B., Heck D.E., Laskin D.L. Nitric oxide in the lung: therapeutic and cellular mechanisms of action // Pharmacol. Ther. - 1999. - V. 84, № 3. - P. 401-411.
14. Ober C.Cox N.J. Abney M. Collaborative Study on the Genetics of Asthma Genome-wide search for asthma susceptibility loci in a founder population // Hum. Moiec. Genet. -1998. Vol.116No2. P-274-278.

ЗНАЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА РЕФЛЮКСАТА В ПРОЯВЛЕНИИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Орзиев З.М.,
Юлдашева Д.Х.

Бухарский государственный медицинский институт

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является важной медицинской и социально-экономической проблемой современного общества [1,2]. Во-первых, эпидемиологические исследования последних лет показали, что по своей частоте и распространенности ГЭРБ выходит на лидирующие позиции в ряду других гастроэнтерологических заболеваний. Изжога - ведущий симптом ГЭРБ - выявляется у 20-40% населения развитых стран и в США, например, отмечается у 25 млн человек [1,2,6,10]. Во-вторых, это обусловлено открытием внепищеводных осложнений данного заболевания, что способствовало возникновению «взрывного» интереса к данной проблеме у исследователей самых разнообразных специальностей: кардиологов, пульмонологов, стоматологов, оториноларингологов, хирургов и онкологов [3,5,7,8].

Разумеется, выраженность важнейших клинико-эндоскопических аспектов ГЭРБ зависит от ряда факторов, участвующих в ее развитии [1,6,9,11]. С недавних пор вектор своего интереса специалисты осознанно переориентировали на характер рефлюксата (ХР), как на источника, потенцирующего проявления клинико-эндоскопических и морфологических признаков ГЭРБ. Очевидно, этим связан шквал публикаций, посвященных разгадке ключевых звеньев в общей цепи взаимосвязи рефлюксата и симптомов ГЭРБ. Однако, вместе с тем, отдельные фрагменты настоящей связки по-прежнему остаются не совсем понятными, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении. Ввиду чего, предпринята настоящая работа с целью выявления возможной связи между ХР и особенностями проявлений ведущих клинико-эндоскопических и морфологических признаков ГЭРБ.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было обследовано 74 больных ГЭРБ, из них 40 (54%) мужчин и 34 (46%) женщин в возрасте от 18 до 57 года (средний возраст 34±4,2). Диагноз ГЭРБ верифицировался на основании результатов клинико-анамнестических, рентгенологических, эндоскопических морфологических исследований с использованием классификацию ГЭРБ, предложенную (2009) одним из авторов [4]. В круг исследования были включены больные ГЭРБ с жалобами на изжогу и/или регургитацию старше 18 лет, у которых было получено информированное согласие на проведение клинико-инструментальное обследование. Критериями исключения служили: 1) прием блокаторов H₂-рецепторов гистамина, ингибиторов протонной помпы, прокинетики в течение 10 дней до 1-го визита; 2) сопутствующая патология пищеварительного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, ахалазия кардии; 3) хронический панкреатит в стадии обострения, холецистит, ЖКБ; 4) беременность и лактация; 5) больные, отмечавшие нежелательные явления или неэффективность при терапии исследуемым препаратом в анамнезе.

Расспрос жалоб и анамнеза пациентов проводился с заполнением специального вопросника. Симптомы ГЭРБ оценивались по выраженности (по 3-бальной шкале: симптом выражен незначительно - 1 балл, умеренно - 2 балла, интенсивно - 3 балла), по частоте и времени возникновения, возможной связи с провоцирующими факторами (прием и характер пищи, горизонтальное положение тела, прием лекарственных препаратов). При изучении анамнеза заболевания клиническое значение имели: продолжительность заболевания, частота обострений в год, предшествующее лечение (его продолжительность, проведение поддерживающей терапии), развитие осложнений ГЭРБ, курение. Всем больным проводилось объективное исследование, в том числе определение индекса массы тела (ИМТ), а также лабораторные исследования, включая клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь.

У 36 больных было проведено спектрофотометрическое исследование желудочного сока с помощью прибора СФ – 26 (Россия).

Всем больным проводилось эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с последующей 4-фрагментной биопсией слизистой оболочки. Биопсийный материал изучался гистохимически с целью выявления морфологических изменений слизистой оболочки пищевода. Для характеристики изменений слизистой пищевода применялись модифицированная классификация Савари - Миллера и клинико-эндоскопическая классификация, принятая на IX Европейской гастроэнтерологической неделе в Амстердаме.

Основным критерием для разграничения больных служил характер рефлюксата (ХР), который изучался с помощью кратковременной рН-метрии *in vitro*. Для осуществления последнего рефлюксат извлекался через эндоскоп и тут же погружался в пробирку, затем *ex tempore* проводилась РН – метрия, с помощью универсального рН-метра BFRL-S20 (КНР). В канун исследования больным запрещался прием: антацидов, кофе, фруктовых соков, цитрусовых. Контролем служили результаты рН-метрии *in vivo* 12 практически здоровых лиц. На проведение исследования были получены согласия самых участников и членов этического комитета по правам человека в биомедицине при Бухарском медицинском институте. Полученные результаты обрабатывались статически с использованием t-критерия Стьюдента и достоверной считалась разница в тех случаях, когда выражалась $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. При эпидемиологическом исследовании была проанализирована 1000 история болезни лиц, обратившихся в амбулаторные и стационарные учреждения с жалобами, свидетельствующими о наличии кислотозависимых заболеваний пищеварительного тракта на этапе. Более трети из них (325 человек - 33,7%) составили больные ГЭРБ, что свидетельствует о высокой распространенности данной патологии. В данную группу были отобраны пациенты без сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. По данным анамнеза было установлено, что 30,6% пациентов не обращались ранее к врачам и не получали никакого лечения. Для сравнительного анализа выраженности клинических проявлений ГЭРБ с учетом ХР в начале был установлен круг ведущих симптомов, отрицательно влияющих на качество жизни больных. После чего приступили к анализу каждого симптома ГЭРБ, обращая особое внимание на их возможную связь с ХР.

При этом более детально анализировались два важнейших, на наш взгляд, качества клинических признаков ГЭРБ: 1) частота встречаемости и 2) степень их восприятия. Выраженность последнего показателя оценивалась по бальной шкале Ликерта с некоторыми дополнениями, внесенными авторами. Полученные результаты представлены в табл 2.

Таблица 1. Показатели ведущих клинических признаков ГЭРБ в зависимости от характера рефлюксата

Признаки:	ГЭРБ с кислым рефлюксом (n=38)		ГЭРБ с щелочным рефлюксом (n=36)	
	Частота	Выраж.(в баллах)	Частота	Выраж.(в баллах)
1.Изжога	$\frac{37}{97,3 \pm 2,6}$	3,5±0,9	$\frac{27}{75 \pm 7,2}$	2,1±0,5*
2.Отрыжка	$\frac{36}{94,7 \pm 3,6}$	3,3±0,6	$\frac{6}{16,6 \pm 6,2}$	1,4±0,8*
3.Горечь во рту	$\frac{13}{34,2 \pm 7,6}$	1,8±0,4	$\frac{33}{91,6 \pm 4,6}$	3,8±0,9**
4.Дисфагия	$\frac{29}{76,3 \pm 6,8}$	2,2±0,5	$\frac{33}{91,6 \pm 4,6}$	2,5±0,6
5.Одинофагия	$\frac{4}{10,5 \pm 4,9}$	2,4±0,6	$\frac{20}{55,5 \pm 8,2}$	3,1±0,7*
6.Регургитация	$\frac{33}{86,8 \pm 5,4}$	3,1±0,7	$\frac{32}{88,8 \pm 5,2}$	3,7±0,9*

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ – достоверность изменений по отношению группы больных ГЭРБ с кислым рефлюксом.

Как следует из данных представленных в таблице, ГЭРБ проявлялась широким спектром клинических признаков, порой отрицательно сказывающих на качество жизни больных. Одни симптомы достаточно часто встречались у больных с КР, а другие у пациентов с ЩР, в то же время третьи в равной мере как при КР, так и при ЩР.

При этом, частота проявлений ведущих симптомов ГЭРБ оказалась различной, к тому же отдельные из них оказались наглядно зависимой от ХР. Указанная зависимость в большей мере касалась проявлениям отрыжки, одинофагии, в меньшей – горечи во рту, изжоги. Среди всех клинических признаков ГЭРБ более характерной и в то же время стабильной оказалась изжога. Она вне зависимости от ХР доминировала в спектре клинических проявлений ГЭРБ. Так, если частота проявления данного симптома у больных с КР составила 97,3%, то при ЩР она оказалась чуть меньше и выглядела 75%. Как видно, габариты различия были не столь внушительными. Зато выраженным оказалось отличие в степени восприятия симптома изжоги, прямо коррелирующее ХР. 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 (94,7%) больных ГЭРБ с КР, то у пациентов ЩР всего лишь у 16,6% из них. Выявленный контраст в показателях распространения симптома отрыжки при наличии соответствующих лабораторных и инструментальных доказательных баз может пригодиться в качестве клинического индикатора, позволяющего дифференцировать ГЭРБ с КР и ЩР.

По ходу анализа эндоскопического пейзажа ГЭРБ были получены довольно интересные данные, которые приведены в табл. 2.

При этом, было установлено, что отдельные эндоскопические признаки ощутимо коррелировали характером рефлюксата. Так, если, одни из них чаще встречались при ЩР, то другие, наоборот, в случаях КР, а третьи в равной мере как при КР, так и при ЩР.

Наиболее частым эндоскопическим проявлением больных с КР оказались эрозии, которые встречались почти в половине случаев. Причем, у двух из них они сопровождалась признаками умеренного кровотечения, которые были остановлены по ходу эндоскопической процедуры. По частоте распространения превосходили точечные формы эрозий. У больных с КР гораздо чаще встречались зоны язвенного дефекта, которые в основном располагались в слизистой оболочке дистальной части пищевода.

Таблица 2. Особенности проявления эндоскопических признаков ГЭРБ

Эндоскопический признак	Характер рефлюксата			
	КРn= 38		ЩРn= 36	
	абс	отн. (%)	абс	отн. (%)
Интактная слизистая оболочка	6	15,7	9	25
Элементы воспаления	12	31,5	12	33,3
Эрозии	16	42	5	14
Кровоточащие эрозии	2	5,2	6	17
Язвы	4	10,5	2	5,5
Недостаточность кардиального жома	11	29	8	22

Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что частота проявлений клинко-эндоскопических признаков ГЭРБ зачастую связана с ХР. Так, клинические симптомы изжога и отрыжка гораздо чаще встречались при КР, а горечь во рту и дисфагия, наоборот, в случаях ЩР. Подобная закономерность наблюдалась и в особенностях проявлений эндоскопических признаков ГЭРБ. При этом, более пестрым оказался эндоскопический пейзаж ГЭРБ в случаях кислого характера рефлюксата.

Использованная литература:

1. Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: Интерфарма, 2000.
2. Дельво М. Патофизиология, диагностика и лечение желудочно-пищеводного рефлюкса // Врач. – 1994. – № 5. – С. 12-14.
3. Жустин Е.В., Карриан М.Е., Хеунг, Винсент В.С. Вонг, Жосеп Ж.Е. Сунг. Различия клинических характеристик пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью и рефлюкс эзофагитом // Клиническая Гастроэнтерология и Гепатология. Русское издание, Том 1, 2008; 3: 169-175.
4. 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.
5. Неераж Шарма, Амит Агравал, Жанисе Фреман, Марсело Ф. Вела, Доналд Кастелл. Анализ стойких симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне лечения ИПП с учетом данных рН – импедансометрии // Клиническая Гастроэнтерология и Гепатология. Русское издание, Том 1, 2008; 3: 193-197.
6. Рысс Е.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Мир медицины, – 1998. – № 6 (компьютерная версия).
7. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы // Клин.мед. -2008. № 6 С. 8-11.
8. French-Belgian Consensus Conference on Adult Gastro-oesophageal Reflux Disease. Diagnosis and treatment report of a meeting held in Paris, France on 21-22 January 1999. The jury of the consensus conference // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.-2000.-Vol.12.-P.129-137.
9. Lim L.G., Ho K.Y. Gastroesophageal reflux disease at the turn of millennium // World. J. Gastroenterol.- 2003: Vol.9(10).- P.2135-2136
10. Rose S., Achkar E., Easley K. Gastroesophageal reflux disease // Dig. Dis. Sci.-1994.-Vol.39.-P.2063-2068.
11. Williams C.N. Gastroesophageal reflux disease // Canad. J. Gastroenterol.- 1998.- Vol. 40.- P. 132-138.

Пулатов С.С.,
Рахматова С.Н.,
Ахророва Ш.Б.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО
ИНСУЛЬТА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Бухарский государственный медицинский институт

Инсульт – одна из лидирующих причин заболеваемости и смертности во всем мире. В течение последних десятилетий проблема острого церебрального инсульта приобретает все большую значимость в связи с высоким уровнем летальности, значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией перенесших его пациентов (Гусев Е.И., Сковрцова В.И., 2004). По данным VII Всемирного конгресса неврологов (Лондон 2001 г.), ежегодно в мире регистрируется более 50 млн. человек, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (Быков Ю.Н., 2006). В большинстве стран инсульт занимает второе, третье место в структуре общей смертности населения (Сковрцова В.И., 2002), уступая лишь показателю смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций, а в некоторых странах он занимает вторую и даже первую позицию (Одинак М.М., 1997). Ранняя (30 дневная) летальность после инсульта составляет 35%, в течение года умирают около 50% больных (Сковрцова В.И., 2002; Быков Ю.Н., 2006). Геморрагический инсульт (ГИ) рассматривается как форма острого нарушения мозгового кровообращения, которое характерно для лиц относительно молодого возраста. Несмотря на определенный симптомокомплекс, характерный для развития и течения ГИ, клиническая картина заболевания имеет свои особенности, зависящие от возраста пациентов.

Целью настоящего исследования являлось определение особенностей клинического течения и исхода кровоизлияний в головной мозг у пациентов разных возрастных групп.

Материал и методы. Под нашим наблюдением Бухарского филиала РНЦЭМП находились 59 больных с геморрагическим инсультом в возрасте 25-70 лет. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: I группу составили 26 (44%) больных молодого и среднего возраста (20-55 лет, средней возраст 37,5 лет), во II группу вошли 33 (56%) больных пожилого возраста (55-70 лет, средней возраст 62,5 лет).

У обследуемых больных изучались уровень АД в момент развития инсульта, тяжесть состояния, выраженность общемозговых симптомов и время возникновения ГИ, были проведены клиническо-неврологические обследования, в ряде случаев люмбальная пункция для уточнения диагноза, осуществлялся комплекс биохимических и гемореологических анализов.

Результаты и обсуждение. В группе больных пожилого возраста определение характера инсуль-