

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕФЛЮКС ЭЗОФАГИТОВ

М.Ф. Нишанов, Б.Р. Абдуллажонов, М.М. Носиров, Ф.С. Акбаров  
Андижанский государственный медицинский институт

### **Аннотация.**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является самой распространенной патологией желудочно-кишечного тракта. Авторы анализируют основные клинические проявления и сравнительные результаты комплексного лечения рефлюкс эзофагитов (РЭ).

В статье рассмотрены результаты лечения 182 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью традиционным и предложенным методами. Авторы делают заключение, что предложенный комплекс консервативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с включением лазеротерапии позволит увеличить частоту хороших результатов с 60,0% до 86,0%, сократить риск неудовлетворительного исхода лечения с 14,5% до 3,5% ( $\chi^2=9,889$ ; Df=2; p=0,008).

*Ключевые слова: пищевод, рефлюкс эзофагит, эндоскопия, недостаточность, комплексное лечение, оперативное лечение, лазер.*

## REFLYUKS EZOFAGITLARNI DAVOLASHGA KOMPLEKS YONDASHUV

M.F.Nishanov, B.R. Abdullajonov, M.M. Nosirov, F.S. Akbarov  
Andijon Davlat tibbiyot instituti

### **Annotatsiya.**

Gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERK) oshqozon-ichak traktining eng keng tarqalgan patologiyasi hisoblanadi. Mualliflar reflyuks ezofagitini (RE) kompleks davolashning asosiy klinik belgilalari va qiyosiy natijalarini tahlil qiladilar.

Maqolada gastroezofagial reflyuks kasalligi bilan og'rigan 182 bemorni an'anaviy va tavsiya etilgan usullar bilan davolash natijalari ko'rib chiqilgan. Mualliflar lazer terapiyasini o'z ichiga olgan gastroezofagial reflyuks kasalligini konservativ davolashning tavsiya etilgan kompleksi yaxshi natijalarning chastotasini 60,0% dan 86,0% gacha oshiradi, yomon davolash natijasi xavfini 14,5% dan 3,5% gacha kamaytiradi ( $\chi^2=9,889$ ; Df=2; p=0,008) degan xulosaga kelishdi.

*Kalit so'zlar: qizilo'ngach, reflyuks ezofagit, endoskopiya, yetishmovchilik, kompleks davolash, hirurgik davolash, lazer.*

# COMPLEX APPROACH TO THE TREATMENT OF REFLUX ESOPHAGITIS

M.F. Nishanov, B.R. Abdullajonov, M.M. Nosirov, F.S. Akbarov  
Andijan State Medical Institute

## **Abstract.**

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is the most common pathology of the gastrointestinal tract. The authors analyze the main clinical manifestations and comparative results of complex treatment of reflux esophagitis (RE).

The article considers the results of treatment of 182 patients with gastroesophageal reflux disease by traditional and proposed methods. The authors conclude that the proposed complex of conservative treatment of gastroesophageal reflux disease with the inclusion of laser therapy will increase the frequency of good results from 60.0% to 86.0%, reduce the risk of poor treatment outcome from 14.5% to 3.5% ( $\chi^2=9.889$ ; Df=2; p=0.008).

*Key words: esophagus, reflux esophagitis, endoscopy, insufficiency, complex treatment, surgical treatment, laser.*

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является наиболее распространенным желудочно-кишечным заболеванием во всем мире и приводит к значительной заболеваемости, хотя связанная с этим смертность встречается редко. Совокупная распространенность хотя бы еженедельных симптомов ГЭРБ, зарегистрированная в популяционных исследованиях по всему миру, составляет примерно 13%, но существуют значительные географические различия, самый высокий уровень в Южной Азии и Юго-Восточной Европе (более 25%), а самый низкий в Юго-Восточной Азии, Канаде и Франции (ниже 10%) [8, 10, 11, 12].

Факторы риска осложнений ГЭРБ включают пожилой возраст, мужской пол, белую расу, абдоминальное ожирение и употребление табака [1,2,6]. Симптомы ГЭРБ и симптомы рефлюкс эзофагита, функциональной диспепсии и гастропареза во многом совпадают, что создает трудности для ведения пациентов. Клиническое ведение ГЭРБ влияет на жизнь многих людей и требует значительного расхода медицинских и социальных ресурсов. Известно, что «лечение включает модификацию образа жизни, прием ИПП и лапароскопическую фундопликацию» [4,9].

В последнее время идет разработка новых эндоскопических и менее инвазивных хирургических процедур. Использование ИПП оста-

ется доминирующим методом лечения, но длительная терапия требует последующего наблюдения и переоценки потенциальных побочных эффектов [3,5,7].

**Материалы и методы исследования.** Клиническая оценка эффективности предложенной тактики лечения РЭ проведена в группах сравнения с распределением на две подгруппы. Всего в группе контроля было 90 пациентов, в основной группе – 92 больных (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с РЭ на подгруппы

Подгруппа	Группа контроля		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Комплексное лечение РЭ как проявления ГЭРБ	76	84,4%	75	81,5%
Комплексное лечение РЭ на этапе подготовки на оперативное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	14	15,6%	17	18,5%
Всего	90	100,0%	92	100,0%

Обе группы были разделены на подгруппу, в которой проводилось только лечение РЭ – 76 больных в группе контроля и 75 пациентов в основной группе. Вторую подгруппу составили пациенты, у которых РЭ был как сопутствующее заболевание ЯБДПК, требующей оперативного лечения (стеноз привратника, рецидивирующее течение, осложненное кровотечением в анамнезе), то есть перед оперативным лечением у этой подгруппы проводилось лечение РЭ – 14 больных в группе контроля и 17 пациентов в основной группе.

Следует отметить, что до начала лечения группы были сопоставимы как по возрастно-половому составу, так и по частоте имеющих симптомов. Так, в обеих группах преобладающей жалобой было наличие изжоги 66 (86,8%) / 68(90,78%) соответственно. Чуть меньше отмечалась отрыжка 43(56,6%) / 44(58,7%) соответственно. Далее по нисходящей шли жалобы на боли в эпигастрии и за грудиной, одинофагию и дисфагию. В любом случае, достоверных различий в группах по симптоматике нет (табл. 2).

Таблица 2

Локальные (пищеводные) проявления заболевания до лечения

Симптом	Группа контроля		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Изжога	66	86,8%	68	90,7%
Отрыжка	43	56,6%	44	58,7%
Боли в эпигастрии	30	39,5%	31	41,3%
Дисфагия	9	11,8%	11	14,7%
Одинофагия	13	17,1%	15	20,0%
Боли за грудиной	25	32,9%	25	33,3%

Не все больные получали лечение стационарно, только лишь третья часть. В группе контроля 53 (69,7%) и в основной группе 49 (65,3%) больных принимали амбулаторное лечение с динамическим наблюдением (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных I подгруппы по типу лечения

Тип лечения	Группа контроля		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Амбулаторно	53	69,7%	49	65,3%
Стационарно	23	30,3%	26	34,7%
Итого:	76	100,0%	75	100,0%

Амбулаторным больным было назначено динамическое наблюдение с контрольным еженедельным осмотром. Благодаря применению в основной группе нового метода лечения удалось добиться сокращения сроков регресса всех симптомов РЭ. Так, в группе контроля до 14 суток симптомы купировались лишь у 16 (30,2%) пациентов, тогда как в основной группе в 2,5 раза больше ( $\chi^2=25,582$ ;  $Df=3$ ;  $p<0,001$ ) - у 38 (77,6%). Если в основной группе к 21 дню у всех больных отмечался регресс симптомов, то в группе контроля даже по истечению месяца у 5 (9,4%) человек симптомы сохранялись (табл. 4).

Таблица 4

Распределение больных I подгруппы с амбулаторным лечением по срокам регресса всех симптомов РЭ

Сроки	Группа контроля		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
До 14 суток	16	30,2%	38	77,6%
15-21 сутки	27	50,9%	11	22,4%
22-28 сутки	5	9,4%	0	0,0%
Более 28 суток	5	9,4%	0	0,0%
Итого:	53	100,0%	49	100,0%
$\chi^2$	25,582; Df=3; p<0,001			

Схожая картина отмечалась и у больных с госпитально-амбулаторным лечением. Разница в том, что к 14 дню полного регресса не отмечалось ни у кого.

Таблица 5

Распределение больных I подгруппы с госпитально-амбулаторным лечением по срокам регресса всех симптомов РЭ

Сроки	Группа контроля		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
До 14 суток	0	0,0%	0	0,0%
15-21 сутки	3	13,0%	22	84,6%
22-28 сутки	13	56,5%	4	15,4%
Более 28 суток	7	30,4%	0	0,0%
Итого:	23	100,0%	26	100,0%
$\chi^2$	26,119; Df=2; p<0,001			

В основной группе регресс всех симптомов РЭ отмечался к 21 суткам у 22 (84,6%), к 28 суткам у остальных 4 (15,4%). В группе контроля к 21 суткам регресс симптомов РЭ зафиксирован только у 3 (13,0%) пациентов. У 7 (30,4%) на это ушло более месяца (табл. 5).

Если взять отдельно госпитальный период, то средние сроки пребывания пациентов I подгруппы в стационаре составили в группе контроля  $8,2 \pm 1,4$  суток, в основной группе  $6,2 \pm 1,8$  суток.

Проведен статистический анализ с определением средних сроков регресса всех симптомов РЭ у пациентов I подгруппы (рис. 1).

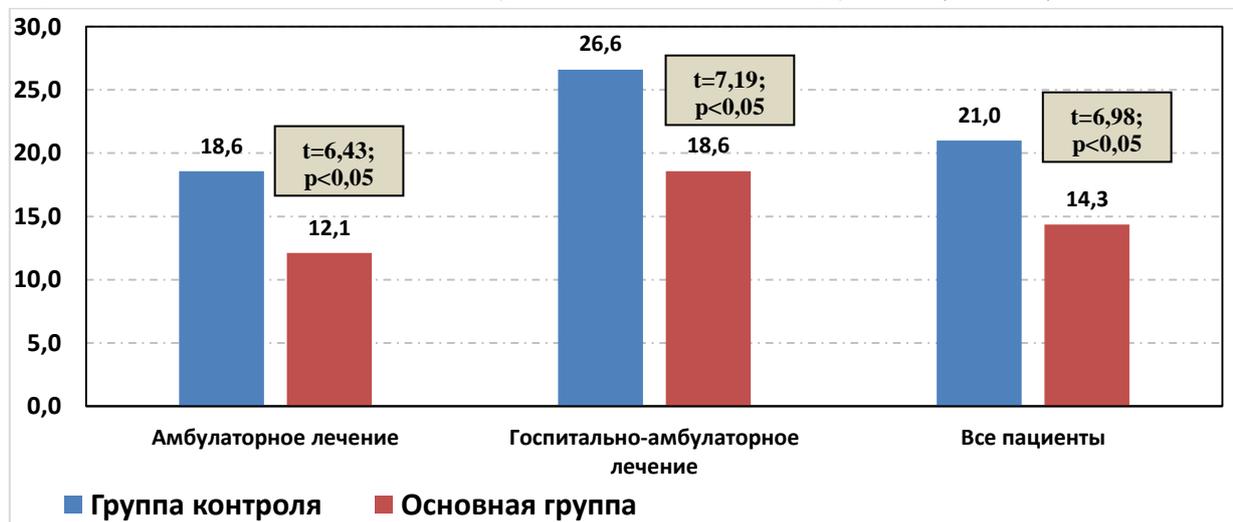


Рисунок 1. Средние сроки регресса всех симптомов РЭ у пациентов I подгруппы (сутки)

При амбулаторном лечении понадобилось  $18,6 \pm 6,7$  суток в контрольной группе против  $12,1 \pm 2,8$  суток в основной группе ( $t=6,43$ ;  $p<0,05$ ). При госпитально-амбулаторном лечении понадобилось  $26,6 \pm 4,6$  суток в контрольной группе против  $18,6 \pm 2,9$  суток в основной группе ( $t=7,19$ ;  $p<0,05$ ). В целом, сроки регресса всех симптомов РЭ в контрольной группе составили  $21,0 \pm 7,2$  суток против  $14,3 \pm 4,2$  суток в основной группе ( $t=6,98$ ;  $p<0,05$ ).

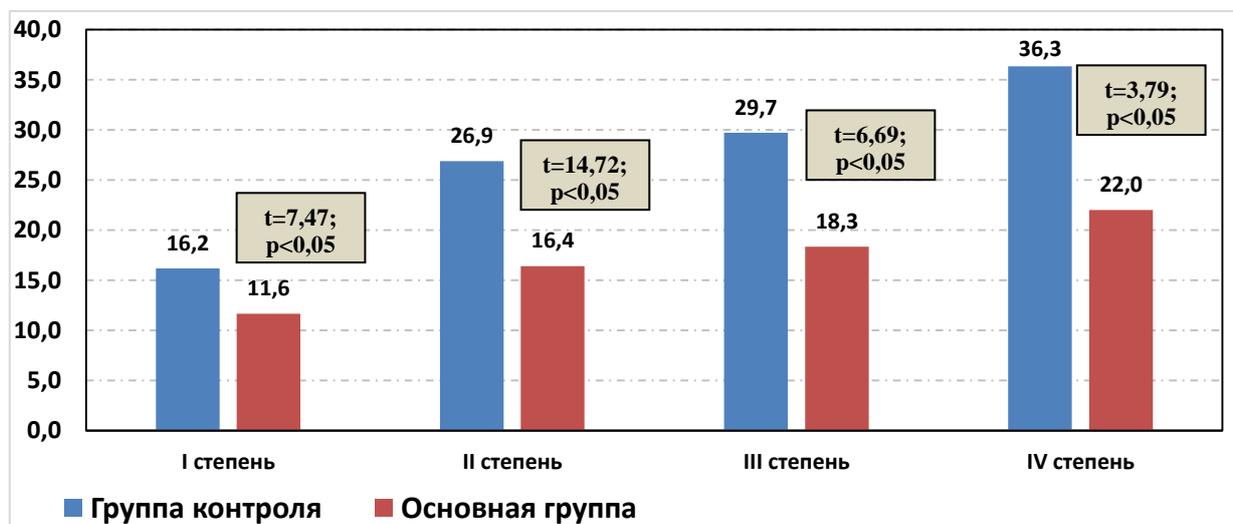


Рисунок 2. Сроки регресса всех симптомов РЭ в зависимости от исходной степени патологии (сутки)

Если рассмотреть сроки регресса всех симптомов РЭ в зависимости от исходной патологии, то становится очевидным, увеличение сроков в зависимости от степени тяжести РЭ (рис. 2).

Так при I степени РЭ понадобилось  $16,2 \pm 3,0$  суток в контрольной группе против  $11,6 \pm 2,7$  суток в основной группе ( $t=7,47$ ;  $p<0,05$ ). При II степени РЭ понадобилось  $26,9 \pm 1,7$  суток в контрольной группе против  $16,4 \pm 2,4$  суток в основной группе ( $t=14,72$ ;  $p<0,05$ ). При III степени РЭ ушло  $29,7 \pm 4,8$  суток в контрольной группе против  $18,3 \pm 2,6$  суток в основной группе ( $t=6,69$ ;  $p<0,05$ ). И наконец, при IV степени РЭ понадобилось  $36,3 \pm 6,0$  суток в контрольной группе против  $22,0 \pm 2,9$  суток в основной группе ( $t=3,79$ ;  $p<0,05$ ).

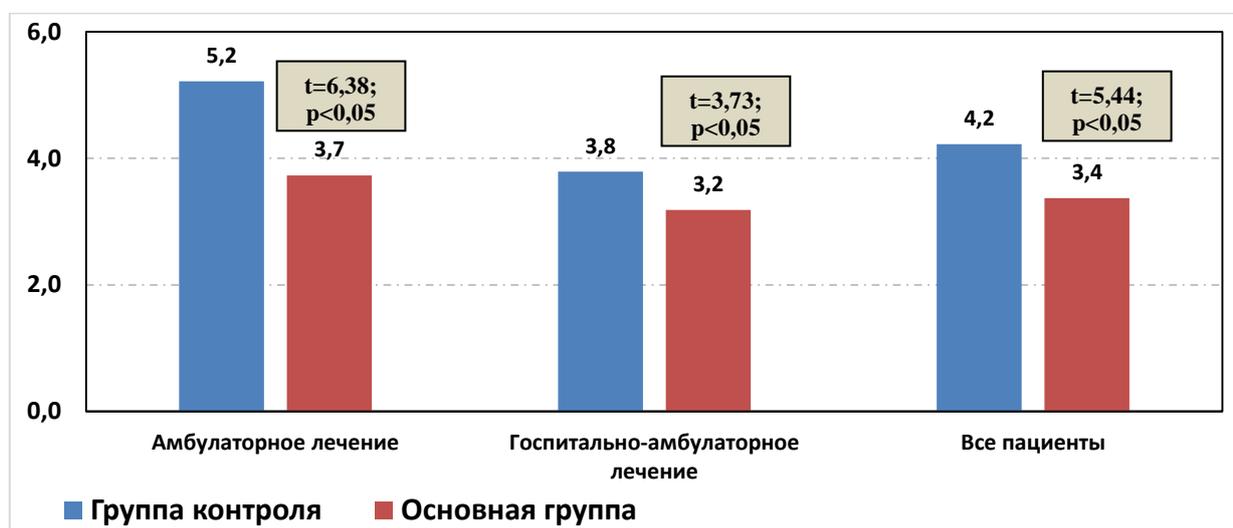


Рисунок 3. Период проведения основного курса терапии с переводом на поддерживающее лечение (недели)

Проведен анализ с определением периода проведения среднего курса терапии с переводом на поддерживающее лечение (рис. 3). При амбулаторном лечении понадобилось  $5,2 \pm 1,0$  недель в контрольной группе против  $3,7 \pm 0,5$  недель в основной группе ( $t=6,38$ ;  $p<0,05$ ). При госпитально-амбулаторном лечении понадобилось  $3,8 \pm 1,1$  недель в контрольной группе против  $3,2 \pm 0,4$  недель в основной группе ( $t=3,73$ ;  $p<0,05$ ). В целом, период проведения среднего курса терапии с переводом на поддерживающее лечение в контрольной группе составил  $4,2 \pm 1,3$  недель против  $3,4 \pm 0,5$  недель в основной группе ( $t=5,44$ ;  $p<0,05$ ).

Стоит отметить, что не все пациенты были дисциплинированными, около трети из них в обеих группах нарушали диету и(или) поддержива-

ющее лечение, о чем они признавались на контрольных осмотрах (табл. 6).

Таблица 6

## Приверженность пациентов к длительной терапии РЭ

Сроки	Группа кон- троля		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Выполняли все рекомендации	55	72,4%	57	76,0%
Нарушали диету и (или) поддерживающее лечение	21	27,6%	18	24,0%
Итого:	76	100,0%	75	100,0%

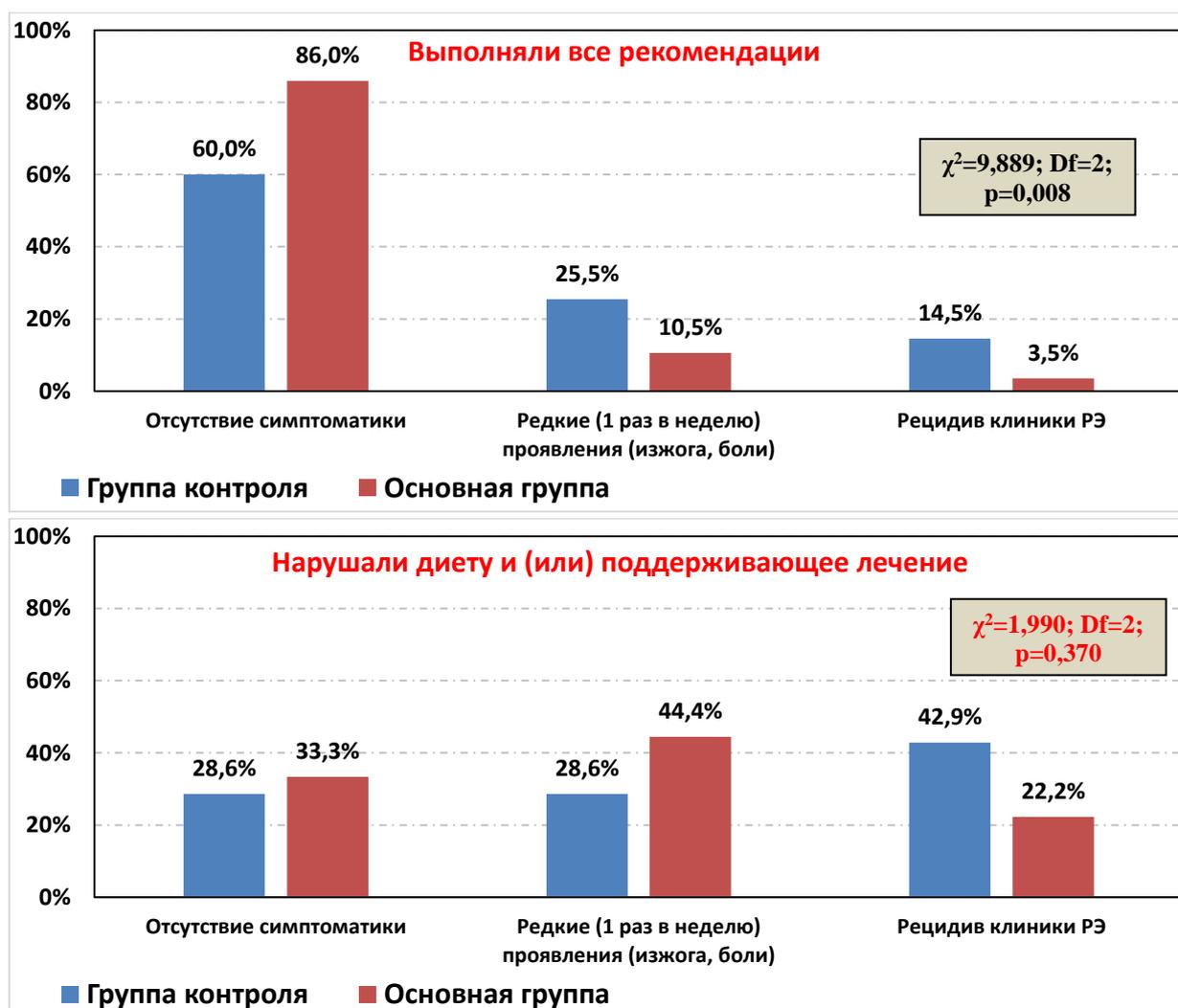


Рисунок 4. Частота рецидива клиники РЭ с учетом приверженности к терапии.

Закономерно, что при выполнении всех рекомендаций отмечалось достоверное различие в группах в результатах лечения ( $\chi^2=9,889$ ; Df=2;  $p=0,008$ ): отсутствие симптоматики 60% в контрольной группе и 86% в основной группе, редкие проявления 25,5%/10,5% и рецидив клиники 14,5%/3,5% соответственно (рис. 4).

При нарушении же диеты и поддерживающего лечения достоверной разницы в эффективности проведенного лечения не отмечено ( $\chi^2=1,990$ ; Df=2;  $p=0,370$ ).

При анализе сводных результатов лечения РЭ в группах сравнения оказалось, что хороший результат в группе контроля достигнут лишь в 51,3% случаев, неудовлетворительный в 22,4% (рис. 5). Тогда как в основной группе в 73,3% удалось добиться стойкой ремиссии, неудача отмечена только в 8,0% случаев ( $\chi^2=9,037$ ; Df=2;  $p=0,011$ ).

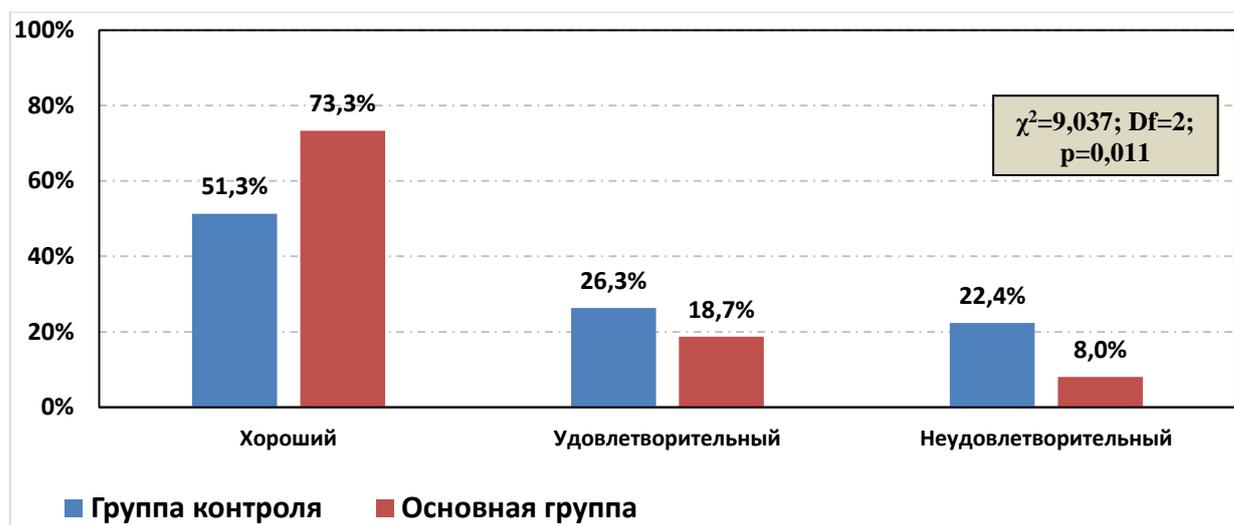


Рисунок 5. Сводные результаты лечения РЭ в группах сравнения

**Заключение.** Таким образом, оценка эффективности предложенного комплексного консервативного лечения ГЭРБ с включением лазеротерапии показала, что в сроки до 2 недель лечения регресс клинической симптоматики РЭ был отмечен у 50,7% (у 38 из 75 больных основной группы), тогда как при традиционных подходах только у 21,1% (у 16 из 76 пациентов группы контроля), при этом средние сроки регресса всех симптомов сократились с  $21,0 \pm 7,2$  до  $14,3 \pm 4,2$  суток ( $t=6,98$ ;  $p<0,05$ ), период проведения основного курса терапии с переводом на поддерживающее лечение уменьшился с  $4,2 \pm 1,3$  до  $3,4 \pm 0,5$  недель ( $t=5,44$ ;  $p<0,05$ ), что в целом при полной приверженности к терапии позволило увеличить частоту хороших результатов с 60,0% (у 33 из 55 пациентов,

соблюдавших все рекомендации в группе контроля) до 86,0% (у 49 из 57 больных в основной группе), сократить риск неудовлетворительного исхода лечения с 14,5% (у 8 пациентов) до 3,5% (2 больных) ( $\chi^2=9,889$ ; Df=2;  $p=0,008$ ). При этом в целом по подгруппам частота хороших результатов улучшилась с 51,3% (у 39 из 76 пациентов в группе контроля) до 73,3% (у 55 из 75 больных в основной группе), а доля неудовлетворительного исхода лечения уменьшилась с 22,4% (у 17 пациентов) до 8,0% (6 больных) ( $\chi^2=9,037$ ; Df=2;  $p=0,011$ ).

#### Список использованной литературы:

1. Баулин В.А. Патогенетическое обоснование нового метода хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы / В.А. Баулин, О.А. Баулина, Н.С. Сигаева // Практическая медицина. - 2014. - Т. 30, № 2. - С. 144-152.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - Т. 30, № 4. - С. 70-97.
3. Козлова Н.М., Калиновская И.Ю., Клевцова О.В. Эрозивные эзофагиты при ГЭРБ, ассоциированные с ночными рефлюксами и сниженным уровнем адипонектина / General question of world science. Collection of scientific papers. Ed. SIC "Science Russia", 2021:61-66.
4. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Длительная терапия ингибиторами протонной помпы: баланс пользы и рисков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - №9. - С. 3-8.
5. Рыжкова О.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: учебное пособие. - Иркутск: ИГМУ, 2020. - 64 с.
6. Семикина Т.М., Куницына М.А., Кашкина Е.И., Жукова Е.В. Комплексная оценка риска и механизмов развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне ожирения // Практическая медицина. – 2018. - №2 (113). С. 41-46. 2018г.

7. Старостин Б.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (часть I). Эпидемиология, факторы риска // Гастроэнтерология. - Санкт-Петербург, 2014. - №1. - С. 2-14.
8. Шишко В.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: классификация, диагностика, принципы лечения (обзор литературы, часть 2) / В.И. Шишко, Ю.Я. Петрулевич // Журнал гродненского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 50, № 2. – С. 15-23.
9. Шутьпекова Ю.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические и фармакологические аспекты / Ю.О. Шутьпекова, В.Т. Ивашкин // Русский мед. журн. – 2002. – № 4. – С. 200-205.
10. Gong EJ, Park CH, Jung DH, Kang SH, Lee JY, Lim H, Kim DH, Endoscopic Therapy And Instrument Research Group Under The Korean Society Of Neurogastroenterology And Motility. Efficacy of Endoscopic and Surgical Treatments for Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. J Pers Med. 2022 Apr 12;12(4):621. doi: 10.3390/jpm12040621.
11. McKinley SK, Dirks RC, Walsh D, Hollands C, Arthur LE, Rodriguez N, Jhang J, Abou-Setta A, Pryor A, Stefanidis D, Slater BJ. Surgical treatment of GERD: systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2021 Aug;35(8):4095-4123. doi: 10.1007/s00464-021-08358-5.
12. Richter JE, Rubenstein JH. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology. 2018;154:267-276. doi:10.1053/j.gastro.2017.07.045.