

SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»
Sog'liqni saqlash vazirligi
Ilmiy texnik kengashi raisi
_____Sh.K.Atadjanov
«____» _____ 2024 y.

ISMOILOVA MUAZZAMXON ISROILOVNA

GASTROEZOFAGEAL REFLUKS KASALLIGIDA RUHIY
HOLATNI BAHOLASH

(MONOGRAFIYA)

Farg'ona - 2024

MUNDARIJA

Shartli qisqartirishlar ro'yxati.....	3
Kirish.....	4
I-BOB. Adabiyotlar sharxi	
Gastroezofageal reflyuks kasalligi: muammoga zamonaviy yondashuv.....	7
II-BOB. Tadqiqotni tekshiruv materiallari va usullari	
	32
III-BOB. Shaxsiy tekshiruvlar natijalari.....	
	39
GERK klinik-endoskopik surati va bemorlar ruhiy holati	39
SAN testi natijalari.....	46
VEYN so'rovnomasi natijalari.....	52
Kompleks davolashdan keyin olingan natijalar.....	56
IV-BOB Olingan natijalarning muxokamasi.....	
	62
Xotima.....	68
Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati	69

SHARTLI QISQARTIRISHLAR RO‘YXATI

GERK - Gastroezofageal reflyuks kasalligi

GER - Gastroezofageal reflyuks

SAN - Ruhiy holatni baholash testi

RE - Reflyuks ezofagit

NER - Noeroziv reflyuks

EKG - Elektrokardiografiya

KIRISH

Muammoning dolzarbligi. Gastroezofageal reflyuks kasalligi zamonaviy jamiyatning muhim tibbiy va ijtimoiy-iqtisodiy muammolaridan hisoblanadi [19]. Mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, Yevropa va Amerika mamlakatlarining 40-50% aholisida zarda bo'lish kuzatiladi [34, 65]. Zarda bo'lish kuzatilgan bemorlarning 45-80% iga gastroezofageal reflyuks kasalligi tashxisi qo'yiladi [31, 56]. Gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan hastalangan bemorlar hayot sifatining pasayishi, kasallikning keng tarqalishi va surunkali kechishi davolash harajatlarining ortishiga olib keladi [31].

GERK patogenezi asosida gastroezofageal reflyuksga olib keluvchi qizilo'ngach harakatining buzilishi yotadi. Bularga qizilo'ngach pastki sfinkteri disfunksiyasi va qizilo'ngach peristaltikasining noadekvatligi kiradi. Xorijiy olimlar ma'lumotlariga ko'ra, zarda bo'lish xissi bemor ruhiy holati o'zgarishi hisobiga qizilo'ngach shilliq qavati ta'sirlanishi natijasida ham kuzatiladi [62, 66]. Bemorlar ruhiy dezadaptatsiyasi ko'pchilik somatik kasalliklar patogenezida ishtirok etadi [3, 4, 48, 61, 75].

Keyingi yillardagi izlanishlar GERK va boshqa a'zolar patologiyalari o'rtasida o'zaro bog'liqlik borligini ko'rsatmoqda [19, 32, 59, 78]. GERK ning ekstraefageal (qizilo'ngachdan tashqari) ko'rinishda kechishi bronx-o'pkaga oid, otorinolingologik, stomatologik va kardial simptomatika bilan kechadi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligining ikki turi farqlanadi: endoskopik negativ turi va reflyuks-ezofagit bilan asoratlangan turi [65]. Endoskopik negativ shakli bemorni bezovta qiluvchi sub'ektiv belgilariga asosan tashxislanadi. Bu shaklda bemorlarni ko'pincha zarda bo'lish bezovta qilib, bemorning ruhiy holati va hayot tarziga salbiy ta'sir ko'rsatadi [31]. Asoratlangan GERK kuzatilgan bemorlarda kasallikning uzoq vaqt va surunkali kechishi, muolajalarga sezuvchanligining pasayishi bemorlarda ruhiy va vegetativ buzilishlarga olib keladi [5, 31, 61, 75]. Gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan hastalangan bemorlarda ruhiy va vegetativ holatining kasallik

klirik kechishiga hamda davolash samaradorligiga ta'siri yetarlicha o'rganilmagan [5].

Hozirgi kunda gastroezofageal reflyuks kasalligini davolashda samarali va bezarar dori vositasi sifatida proton pompa ingibitorlari keng qo'llanilmoqda [2, 36, 52, 53, 58, 68]. Shunga qaramasdan 10-30% bemorlarda kasallik simptomlarini to'liq nazorat qilish imkoni bo'lmayapti (31). Davolash samarasizligiga proton pompa ingibitorlarini yetarli bo'lmagan miqdorda va tartibsiz qo'llash, o'ziga xos farmakokinetikasi hamda bemorlar ruhiy holatini hisobga olmaslik sabab bo'lmoqda [61, 75].

Yana bir muammolardan biri, oshqozon ichak tizimi kasalliklarida turli sedativ dorilar, uyqu dorilar va trankvilizatorlarni qo'llash hazm trakti diskineziyasiga olib kelishi ko'rsatib o'tilgan [75].

GERK klinik ko'rinishlari ko'pligi va bu kasallik bemorlarning ishga layoqatsizligini shakllantiruvchi omil bo'lishi va, shu bilan birga, davolash samaradorligining yetarlicha bo'lmasligi bugungi tibbiyot amaliyotida dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda.

Shu bilan birga, GERK rivojlanish patogenezi asosida psixosomatik o'zgarishlar va vegetativ nerv sistemasidagi siljishlar yotishi sababli, bu buzilishlarni bartaraf etuvchi dori vositalari samaradorligini o'rganish ham dolzarb masalalardan hisoblanadi.

Ilmiy ishning maqsadi:

Gastroezofageal reflyuks kasalligi turli klinik variantlarida bemorlar asab-ruhiy holatini baholash va davolash samaradorligini o'rganish.

Ishning vazifasi:

1. Gastroezofageal reflyuks kasalligining klinik o'ziga xosligini aniqlash.
2. Gastroezofageal reflyuks kasalligining endoskopik ko'rinishini aniqlash.
3. Bemorlar ruhiy va vegetativ holatini kasallik klinik kechishiga ta'sirini o'rganish.

4. GERK klinik shakllari va bemorlar ruhiy holatidan kelib chiqib turli davolash usullarini samaradorligini aniqlash, hamda davolash algoritmlarini ishlab chiqish.

Tekshiruv materiallari:

Ilmiy ish maqsad va vazifalaridan kelib chiqib, Ko'p tarmoqli markaziy shifoxona gastroenterologiya bo'limida davolangan gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan hastalangan 46 bemor tekshiruv natijalari asos qilib olingan.

Tekshiruv usullari:

1. GERK klinik simptomlarini o'rganish maqsadida anketa so'rovnomasi ishlab chiqish.
2. So'rovnoma asosida kasallik klinik belgilari namoyon bo'lish darajasini aniqlash.
3. Qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak endoskopik tekshiruvi.
4. Bemor ruhiy holatini baholash maqsadida SAN testi va Veyn so'rovnomasi

Amaliy ahamiyati:

Umumiy amaliyot shifokorlari va gastroenterologlar uchun GERK tashxislash va davolash usullari bo'yicha qo'llanmalar ishlab chiqish.

1-BOB.

ADABIYOTLAR SHARHI

Gastroezofageal reflyuks kasalligi: muammoga zamonaviy yondashuv

Gastroezofageal reflyuks kasalligi (GERK) zamonaviy ichki kasalliklar va gastroenterologiyaning eng dolzarb muammolaridan biridir. Muammoning dolzarbligi kasallikning yuqori darajada tarqalishi va og‘ir asoratlarning rivojlanishi bilan bog‘liq [16].

Oxirgi xalqaro tavsiyanomalarga (Monrealskiy qonsensus, 2006) ko‘ra GERK oshqozon bo‘shlig‘idagi aralashmalarning reflyuksi natijasida bemorni bezovta qiluvchi simptom va asoratlarning kuzatilishidir [79].

Bundan yuz yil oldin GERK kam tarqalgan va deyarli noma‘lum kasallik hisoblanardi. Ushbu kasallik bo‘yicha adabiyotlarda keltirilgan umumiy ma‘lumotlar 200 dan oshmagan. XX asrda kasallikning tarqalishi kuchaygandan so‘ng, bu kasallik dunyo olimlarini e‘tiborini tortdi. GERK ning zamonaviy patogenetik qirralari, diagnostik va davolash usullari birinchilar qatorida Rossiya (A.L. Grebenev, 1965; B.V. Petrovskiy, 1966; Yu.V. Vasilev, 1971) va boshqa g‘arb davlatlari (L.M. Bernstein, 1950; N. Barrett, 1950; M. Savary, G. Miller, 1978) olimlari tomonidan ishlab chiqilgan.

Reflyuks kasalligining morfologik holatini birinchi bo‘lib Quinke 1879 yilda o‘rgangan, «gastroezofageal reflyuks kasalligi» atamasini 1966 yilda Rosseti fanga olib kirgan [6], lekin nozologik shakl sifatida 90 yillar oxirida, ya‘ni Kasalliklar Xalqaro Sinflanishiga (1996y) kiritilgandan so‘ng shakllandi. Isbotlangan tibbiyot qoidalariga ko‘ra, GERK diagnostikasi va davolash usullari to‘g‘risida birinchi qo‘llanma 1997 yilda (Genval, Belgiya) chop etilgan.

Reflyuks kasalligi muammolari ilk ilmiy ishlarda qizilo‘ngach pastki qismi shilliq qavatidagi yallig‘lanishli, eroziya yoki yarali o‘zgarishlarga (reflyuks ezofagit) qaratilgan. Lekin keyinchalik olib borilgan ilmiy ishlarda qizilo‘ngach shilliq qavatida ko‘rinarli o‘zgarishlarsiz kechgan shakli bemorlar umumiy holatiga jiddiy ta‘sir ko‘rsatishi isbotlangan [52]. Zarda bo‘lish kasallikning eng ko‘p, kamida 75% tarqalgan simptomi deb qabul qilingan.

Kasallikning fizik asoratlariga bevosita qizilo'ngachdagi (reflyuks ezofagit, yara, qizilo'ngach strikturasi, Baretta qizilo'ngachi) va qizilo'ngachdan tashqari (astma, laringit va b.) o'zgarishlari kiritilgan. Shuning uchun GERK ning muhim klinik ko'rinishi gastroezofageal reflyuks (ayniqsa, zarda bo'lish) va EFGDS da aniqlangan qizilo'ngach shikastlanishlarini (reflyuks ezofagit) boshqa simptomlar bilan birgalikda kelishi hisoblanadi. Lekin har doim ham zarda bo'lishdan shikoyat qilgan bemorlarda qizilo'ngach pastki qismi shilliq qavatida o'zgarishlar aniqlanmaydi, shunga qaramasdan zarda bo'lish bemorni ko'proq bezovta qiladi. Kasallikning shu belgilariga ko'ra 2 turga bo'lingan: GERK ni qizilo'ngach shilliq qavatidagi o'zgarishlar (eroziya, yara) bilan birga kuzatilishi va GERK ning qizilo'ngach shilliq qavatida o'zgarishsiz kelish ya'ni endoskopik negativ turi. Bunday yendashuv Kasalliklar Xalqaro Sinflanishining 10 chi qayta ko'ruvida uz aksini topgan: K21-GERK, K21.0 GERK +RE, K21.1 GERK endoskopik negativ shakli.

Xalqaro gastroenterologlarning 2002 yilda Los-Andjelesda o'tkazilgan qongress qaroriga ko'ra, negativ ezofageal reflyuks kasalligiga quyidagilar kiritilgan: kasallikning endoskopik negativ shakli; kataral RE; qizilo'ngach shilliq qavatida ko'rinarli o'zgarishlar yo'qligi (eroziya, yara, Barreta qizilo'ngachi); kichiq o'zgarishlarning kuzatilishi (eritema, shish) [30].

1.1. Gastroezofageal reflyuks kasalligi epidemiologiyasi

Dunyoda olib borilgan epidemiologik tadqiqotlarning xulosasiga ko'ra, zarda bo'lishning u yoki bu ko'rsatkichlarda namoyon bo'lishi GERK ning asosiy simptomi hisoblanadi. G'arbiy Yevropa va AQShda ushbu simptom aholi orasida keng tarqalgan bo'lib, 40-50% holatda katta yoshli shaxslarni bezovta qilgan [67, 72]. Ushbu ma'lumotlar oxirgi yillarda Rossiyada o'tkazilgan tadqiqotlarda uz tasdigini topgan [34]. Xindistonda, Afrika mamlakatlarida, Janubiy Amerika va O'rta Shark davlatlari aholisi orasida nisbatan kam tarqalishi kuzatilgan [67]. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra, GERK (baholash zarda

bo'lishi va yoki regurgitatsiyaning bor yo'qligiga nisbatan o'tkazilgan) ning tarqalishi – G'arb mamlakatlari aholisi orasida 10–20% ni tashkil qilgan bo'lsa, Osiyo mamlakatlarida ushbu ko'rsatkich 5% dan kam kuzatilgan [65]. Lekin oxirgi tekshiruvlar shuni ko'rsatadiki, Osiyo mamlakatlarida ushbu ko'rsatkichlar ko'tarilib borayotganligi aniqlanmoqda [34]. GERK yer yuzi aholisi orasida tarqalishini katta ko'rsatkichlarda farqlanishi kasallik etiologiyasiga tashki muxit va genetik omillarning ta'sirini ko'rsatadi, bu esa bizga kasallik patogenezi o'rganishga va davolash samaradorligini oshirishga kumak beradi [34, 67]. Shuni ta'kidlash joizki, Osiyo mamlakatlarida, GERK va uning asoratlari bilan kasallanish va tarqalishini o'rganishga qaratilgan tekshiruvlar oz bo'lishiga qaramasdan [7, 65], bu kit'a mamlakatlari aholisi orasida reflyuks simptomi haftada 1 martadan ko'p kuzatilgan holatlar 2,5-6,7% ni tashkil qilgan, ushbu xududlarda GERK va uning asoratlarining xavf omili sifatida, asosan, bemor yoshi, erkak jinsi, semizlik va diafragmaning qizilo'ngach tyoshigi churrasi aniqlangan [7]. Afrika mintakasida hozirgacha GERKning tarqalishi to'g'risida bizga ma'lum adabiyotlarda ma'lumotlar topmadik. Ma'lumotlarga ko'ra, GERK ning eng ko'p tarqalgan asoratlaridan biri eroziv ezofagit va Baretta qizilo'ngachi hisoblanadi [36, 40]. Eroziv ezofagit 45% holatlarda aniqlangan bo'lsa, Baretta qizilo'ngachi 10,6% ni tashkil qilgan [8]. Argentinada o'tkazilgan yalpi tadqiqotlardan birida maxsus GERK so'rovnomasi (Gastroesophageal Reflux Questionnaire (GERQ)) bilan 1000 ta shaxs tekshirilganda, ular orasida yilda 1 marta gastroezofageal reflyuks 61,2% kuzatilgan, ushbu simptom oyda bir marta kuzatilishi - 20,5%, haftada 1 marta – 10,3%; haftada bir necha marta kuzatiladigan odamlar soni – 9,6%; va kunda kuzatiladigan odamlar soni 3,1% ni tashkil qilgan [9]. Ko'pchilik tadqiqotlar oxirgi yillarda GERKning uchrash ko'rsatkichi Yevropada ortib borayotganligini ko'rsatmoqdalar [10, 11]. Lekin bu ko'rsatkich Shimoliy Amerikaga nisbatan kamroq kuzatilgan [12]. Diaz–Rubio et al. (2004) tomonidan olib borilgan populyatsion tadqiqot natijasiga ko'ra, Ispaniya aholisi orasida reflyuks simptomining kuzatilishi ko'proq kuzatilgan. Maxsus

tayyorlangan so‘rovnoma bilan 2500 ta shaxs telefon aloqasi orqali o‘tkazilgan suhbatda 31,6% holatlarda gastroezofageal reflyuks yilda bir marta kuzatilganligi va 9,8% holatlarda haftada bir marta kuzatilishi aniqlangan. Semizlik, psixosomatik holatlar, oilaviy anamnezida reflyuksning kuzatilishlari GERK ni keltirib chiqaruvchi xavf omillari hisoblanadi [13]. Shimoliy Amerikada aholi orasida gastroezofageal reflyuks simptomi nisbatan ko‘proq kuzatilgan. Maxsus so‘rovnoma bilan tekshiruv o‘tkazilganda zarda bo‘lish va yoki regurgitatsiyaning har haftada kuzatilishi 19,85% tekshiriluvchilarda aniqlangan [5].

GERKning asosiy simptomlaridan zarda bo‘lishning Rossiyada yoshi katta aholi o‘rtasida tarqalishi 40–60% ni tashkil qilgan [16, 31]. Ammo kasallikni tashxislashda Mayo klinikasi so‘rovnomasidan (zarda bo‘lish va yoki regurgitatsiyaning haftada bir yoki bir necha marta 1 yil davomida kuzatilishi) foydalanilganda Rossiya shaharlarida ushbu ko‘rsatkich 13,3% ni, Moskva shahrida– 23,6% ni tashkil qilgan (MEGRE tadqiqoti) [25]. Umumiy aholi o‘rtasida ezofagitning uchrash ko‘rsatkichi 5–6% ni tashkil qilgan [16]. Rossiyada o‘tkazilgan tadqiqotlar natijalari G‘arbiy Yevropa, Shimoliy va Janubiy Amerikada o‘tkazilgan tadqiqotlar natijasiga mos keladi (10–20%) va Osiyo mamlakatlari natijasidan (5%) ko‘proqni tashkil qilgan [65].

GERKda, ko‘pincha, yara, qon ketish, striktura, Baretta qizilo‘ngachi va qizilo‘ngach adenokarsinomasi kabi asoratlar ham tez-tez kuzatiladi. 2% bemorlarda eroziv-yarali shikastlanishdan qon ketishi kuzatilsa, 2–20% bemorlarda peptik striktura kuzatilgan. Baretta qizilo‘ngachi GERK ning xavfli asoratlaridan bo‘lib, qizilo‘ngach adenokarsinomasi shakllanishiga olib keladi. Oxirgi yigirma yillikda GERK ning qizilo‘ngach adenokarsinomasi bilan asoratlanishi 3–3,5 barobarga oshgan. Bundan tashqari, bir qator mualliflar ma’lumotlariga ko‘ra [64, 69, 76], GERK xalkum saratoniga olib kelishi ta’kidlab o‘tilgan.

Ye.V. Onuchina va S.I. Brikova (2011) tomonidan shifoxona sharoitida GERK bilan hastalangan 1100 ta 60 dan 75 yoshgacha va 453 ta 36 dan 60

yoshgacha bo'lgan bemorlarda asoratlari kelib chiqishi, ko'rsatkichi o'rganib chiqilganda, yoshi katta bemorlarda umumiy asoratlarning kuzatilishi 14,5% ni, o'rta yoshdagi bemorlarda ushbu ko'rsatkich faqatgina 5,7% ni tashkil qilgan. Asoratlarni alohida taqqoslama tahlil qilinganda yosh omili yara kelib chiqishiga, striktura va qon ketishga sabab bo'ladi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, GERK (ayniqsa, eroziv shakli) yoshi katta odamlarda nisbatan og'irrok kechadi va asoratlarni kelib chiqish xavfi yuqori bo'ladi [40].

1.2. GERK etiopatogenezi

GERK etiopatogenezi asosida patologik gastroezofageal reflyuks yotib (GER), bu holat kardial yetishmovchiligi, hamda gastroezofageal birikma va qizilo'ngach pastki sfinkterining barer funksiyasi buzilishi natijasida kelib chiqadi. Bunga diafragmaning qizilo'ngach tyoshigi churrasi, relaksatsiyasi va hamda qizilo'ngach pastki sfinkterida bosimning pasayishi sabab bo'ladi. Shikastlovchi reflyuksant tarkibi (xlorid kislotasi, pepsin, ut kislotasi, lizolitsetin, pankreatik fermentlar va b), qizilo'ngach shilliq qavatida kataral, eroziya va yaralar kabi o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. GERK patogenezi muhim omil qizilo'ngach klirensining pasayishi va qizilo'ngach shilliq qavatining ximoya tizimi buzilishlari yotadi. Gastroezofageal reflyuksning kelib chiqishiga yana qorin bo'shlig'i (semizlik, xomiladorlik) va oshqozon ichi (funksional va organik gastro duodenostaz) bosimining ortishi sabab bo'ladi.

Patofiziologik nuqtai nazardan, GERK – bu kislotaga bog'liq kasallik bo'lib, oshqozon ichak tizimi yuqori qismi harakat faoliyatini birlamchi buzilishi natijasida rivojlanadi [16, 19, 24, 30, 55, 63].

O.V. Kokueva va hammualliflar ovqatlanish tartibiga ko'ra oshqozon ichak tizimi yuqori qismi shilliq qavatidagi endoskopik o'zgarishlarni o'rganib chiqishgan. O'rganishlar natijasida semizlikning I darajasi bor bemorlarda tana vazni indeksi me'yorida yoki oziklanish yetishmaydigan bemorlarga nisbatan qizilo'ngachning kataral va eroziv o'zgarishlar hamda kardianing

yetishmovchiligi ko‘proq kuzatilgan. Mualliflar fikricha, semizlik reflyuks – ezofagitning xavf omillaridan biri hisoblanib, oziqlanish tartibi qizilo‘ngach shilliq qavati patologiyalarda muhim ahamiyat kasb etadi [23].

A.V. Vasyutin va V.V. Sukanov (2011) ilmiy tekshiruvlari GERK ning etiopatogenezini o‘rganishga bag‘ishlangan. Mualliflar zarda bo‘lishni eroziv ezofagit va yara kasalligi bilan hastalangan bemorlar farzandlarida kuzatilish ko‘rsatkichini o‘rganish maqsadida Krasnoyarsk o‘lkasi Atamanov shaharchasida zarda bo‘lishni yevropoid maktab yoshidagi bolalar va ularning ota-onasi orasida bir vaqtda epidemiologik skrining tekshiruvi o‘tkazishgan. Klinik ko‘rik ezofagogastroduodenoskopiya (EGDS) bilan birga maxsus tayyorlangan so‘rovnoma orqali 328 o‘quvchilar (163 o‘g‘il bolalar va 165 qiz bolalar) va 529 ota-onalar (256 erkak va 273 ayollar) da o‘tkazilgan. Tekshiruv shu shaharchada yashovchi 93,7% oilani qamrab olgan. Tekshirish natijalarida zarda bo‘lish bolalarda tarqalish ko‘rsatkichi 26,5% ni tashkil qilgan, haftalik zarda bo‘lish – 2,7% ni tashkil qilib, endoskopik tekshiruvlarda eroziya va yaralar aniqlanmagan. Ota-onalarda zarda bo‘lishni tarqalish ko‘rsatkichi 43,2%, haftalik zarda bo‘lish – 13,4%, eroziv ezofagit – 5,4% ni tashkil qilgan. Zarda bo‘lishdan shikoyat qilgan ota-onalar farzandlarida (35,5%) va shikoyat bildirmaydigan ota-onalar farzandlariga nisbatan ko‘proq (18,8%) kuzatilgan. Eroziv gastriti bor ota-onalar farzandlarida zarda bo‘lish uchrash ko‘rsatkichi 80%, haftalik zarda bo‘lish – 26,7% tashkil qilib bu ko‘rsatkich soglom ota-onalar farzandlarida – muvofiq ravishda 24 va 1,9% ni tashkil qilgan. Yara kasalligi bor ota-onalar farzandlarida ham zarda bo‘lish uchrash ko‘rsatkichi yuqoriligi aniqlangan. Mualliflar tekshiruvlardan xulosa qilib zarda bo‘lish, ezofagit va yara kasalligi bor ota-onalar farzandlarida zarda bo‘lish kuzatilishida bog‘liqlik borligini ta’kidlashadi. Olingan ma’lumotlar bunday bog‘liqlik oiladagi oziqlanish tartibining buzilishi yoki GERK ning nasl surishidan darak beradi degan taassurot uyg‘otadi [9].

N.V. Butorina, Vaxrushev Ya.M. va hammualliflar (2011) GERK ning qo‘zg‘alishida kollagen almashinuvini o‘rganishgan. Oshqozon shirasi

tarkibidagi qizilo'ngach va oshqozon shilliq qavati kollageni parchalanish maxsuli erkin gidroksiprolin va peptidbog'lovchi gidroksiprolinning miqdori aniqlangan. Barcha GERK bilan hastalangan bemorlarda ezofagit aniqlangan. O'tkazilgan tekshiruvlar natijasiga ko'ra, GERK shakllantirgan ezofagit bilan hastalangan bemorlarda qizilo'ngach va gastroduodenal soha shilliq qavatida yaqqol yallig'lanishli morfologik o'zgarishlar aniqlangan va bu belgilar oshqozon shirasida erkin gidroksiprolin va peptit bog'lovchi gidroksiprolin miqdori ortganligi aniqlanib bu patologik jarayonni qizilo'ngach shilliq qavatidagi plastik vazifalarni bajaruvchi kollagen oqsili parchalanishi bilan bog'laydi [7].

GERK bilan hastalangan bemorlarning asosiy o'ziga xos shikoyatlari zarda bo'lish, regurgitatsiya, kekirish, disfagiya, odinofagiya, og'izda achchiq ta'm sezilishi hisoblanadi. Bundan tashqari bemorlarni ko'krak qafasidagi va yoki epigastral sohadagi og'riq, xiqichoq, qayt qilish va tomoqdagi noxushlik kuzatilishi mumkin. Bu belgilar paydo bo'lishi darajasi bemorlar umumiy holatini, o'zini xis qilishni, hayot tarzini va mexnatga layokatligini pasaytiradi. Ko'pchilik bemorlarda ushbu belgilarning kuzatilishi vaxima uyg'otadi. Klinik belgilarning darajasidan qat'iy nazar, vaxima bemorlar hayot tarziga ta'sir ko'rsatadi va o'zini tetik xis qilishini sezilarli darajada pasaytiradi [26]. Ammo boshqa manbalarda hayot sifatining pasayish darajasi GERK ning endoskopik belgilariga bog'liq emas degan fikrlar ham mavjud [75].

Zarda bo'lish xissi paydo bo'lish mexanizmi hozirgi kungacha to'liq o'rganilmagan [66]. Ko'pchilik mualliflar qizilo'ngach xemoretseptorlari kislotali reflyuks hisobiga qo'zg'alishi natijasida yallig'lanish mediatorlarini ishlab chiqadi va klinik simptomlar kuzatilishini ta'kidlab o'tishgan [20]. Mualliflar GERK bilan hastalangan bemorlarni davolashda kislotali bartaraf qiluvchi dori vositalar orqali davolash yo'li kislotali qizilo'ngach shilliq qavatiga ta'sirini kamaytirishi bilan isbotlashgan.

Adabiyotlarda keltirilishicha, kislotali qizilo'ngach shilliq qavatiga fiziologik miqdorda ta'siri ham ba'zi bir bemorlarda GERK rivojlanishiga sabab

bo'ladi [73]. Ma'lumki, qizilo'ngach sezuvchanligi markaziy va periferik nerv sistemasi bilan boshqariladi. Shuning uchun qizilo'ngachni yuqori sezuvchanligi qo'zg'atuvchilar ta'sirida periferik afferent nerv retseptorlarining qo'zg'alishi va markaziy nerv tizimidagi patologik signallarni paydo bo'lishi bilan bog'liq [66].

Qizilo'ngachning yuqori sezuvchanligi ruhiy buzilishlar (bezovtalanish, ruhiy zo'riqish, depressiya va boshqalar) natijasida ham kuzatilishi mumkin va buning oqibatida bemorlarda yengil ta'sirlarga ham javob reaksiyasi kuzatiladi. Bemor sezuvchanlikni qabul qilish hamda tahlil qilishi patologik tus oladi va buning oqibatida qizilo'ngachdagi yengil o'zgarishlarni jiddiy qabul qiladi. Moskva shahrida 2003 yilda olib borilgan GERK ning epidemiologik tahlilida stressdan keyin 28,4% bemorlarda kasallik belgilarining kuchayishi, va paydo bo'lishi ortganligi ko'rsatib o'tilgan [34]. Stress GERK bilan hastalangan Amerikaliklarning 64% ida simptomlarning kuchayishiga olib kelgan [62].

Vaxima, depressiya, isteriya va vegetativ buzilishlar reflyuksli buzilishlar bilan aloqadorligi ko'rsatib o'tilgan [4]. Zarda bo'lish yuqori darajada namoyon bo'lgan bemorlarning hayot tarzi ko'rsatkichi nisbatan past kuzatilgan [47]. Zarda bo'lishning namoyon bo'lish darajasi bemorlar emotsional holatiga, vaxima-qo'rquv va vaxima-depressiv hamda ruhiy dezadaptatsiyasiga ta'sir ko'rsatadi [15].

Depressiya va vaxima hazm qilish tizimining bir qator kasalliklari patogenezida muhim o'rin tutishiga qaramasdan, ko'pchilik bemorlarni davolashda ushbu o'zgarishlarga ahamiyat qaratilmaydi [48, 57].

Shunday qilib, zarda bo'lishning bir qator patogenetik mexanizmlari mavjud bo'lib, ular yakka xolda yoki birgalikda namoyon bo'lishi mumkin. Zarda bo'lishni bartaraf qilish va nazorat qilishda faqatgina bitta patogenetik mexanizmlarga ta'sir ko'rsatish davolash samarasizligiga olib keladi.

1.3. GERK sinflanishi.

Hozirgi kunda reflyuks ezofagitning bir necha endoskopik sinflanishi mavjud:

- Savary-Miller;
- Hetzel;
- MUSE;
- Yu.V. Vasilev;
- Los-Andjeless.

Reflyuks ezofagitning og'irlik darajasini baholashda Los Andjeles (1999 yil) sinflanishi keng qo'llaniladi. Bu sinflanish asosida shikastlanish maydoni va tarqalishi yotadi. A daraja: qizilo'ngach shilliq qavati burmalari ustida uzunligi bitta yoki bir necha 5 mm dan oshmagan shikastlanishlar kuzatilishi bilan harakterlanadi. V daraja: bir yoki bir necha 5mm dan katta shikastlanishlarning shilliq qavat burmalarining burmalararo bo'shliqqa tarqalmasdan faqatgina ustki qismida kuzatilishi, S daraja: shilliq qavat burmalari va burmalararo bo'shliqda bir yoki bir necha katta xajmli shikastlanishlar qizilo'ngach aylanasining 75%dan kam qismini egallashi. D daraja – qizilo'ngach aylanasining 75% dan ko'p qismi shikastlanishlar egallanishi [69].

Genval kelishuvi maqolalarida (1997 yil) keyingi yillarda GERK turli klinik ko'rinishlariga qaratilgan tadqiqot natijalari chop etilgan. Bunda kasallikning nozologik ko'rinishlari va tashxislash kriteriylarini turlicha ko'rsatib utishgan. Barcha mualliflar ham zarda bo'lish va regurgitatsiyani GERK ning harakterli simptomi deb hisoblashmaydi [74].

Mualliflar o'rtasida kelib chiqqan nomutanosiblik GERK simptomlari va sinflanishiga qaratilgan yangi xalqaro kelishuv ishlab chiqishga majbur qildi. Xalqaro komissiya kelishuvi natijalari birinchi marta Gastroenterologlarning 2005 yilda Monrealda o'tkazilgan qongressida tasdikdan utib, 2006 yilda chop etilgan va bu Monreal sinflanishi deb nomlangan (Jadval 1.) [62].

Kasallikka xalqaro kelishuv asosida quyidagicha tushuncha berildi: *GERK — bu bemorni bezovta qiluvchi oshqozon massasining reflyuksi hisobiga kelib chiquvchi simptomlari va, yoki asoratlari.* Kasallikning o'ziga xos simptomi zarda bo'lish va regurgitatsiya deb baholandi va reflyuks ezofagit kasallikning eng ko'p tarqalgan asorati sifatida belgilandi.

Yangi xalqaro kelishuvga ko‘ra, GERK tashxisi faqatgina kasallikning o‘ziga xos klinik simptomlari kuzatilganda va instrumental tekshiruv natijalariga asoslangan xolda qo‘yiladi.

Jadval 1

GERKning Monreal bo‘yicha izoh va sinflanishi

Gastroezofageal reflyuks kasalligi – bu bemorni bezovta qiluvchi oshqozon massasining reflyuksi hisobiga kelib chiquvchi simptomlari va/yoki asoratlardir			
Qizilo‘ngachga oid sindromlar		Qizilo‘ngachdan tashqari sindromlar	
GERK o‘ziga xos sindromlari	Qizilo‘ngach shikastlanish sindromlari (GERK asoratlari)	GERK bilan aloqador sindromlar	GERK bilan aloqadorligiga gumon sindromlar
1. Klassik reflyuks sindrom 2. Ko‘krakdagi og‘riq sindromi	1. Reflyuks-ezofagit 2. Qizilo‘ngach strikturasi 3. Barretta qizilo‘ngachi 4. Adenokarsinoma	1. Yo‘tal, reflyuks tabiatli 2. Laringit, reflyuks tabiatli 3. Bronxial astma, reflyuks tabiatli 4. Tish emali eroziyasi, reflyuks tabiatli	1. Faringit 2. Sinusit 3. Idiopatik o‘pka fibrozi 4. Qaytalanuvchi o‘rta otit

GERK sinflanishi (xalqaro ilmiy Monreal 2006 y. kelishuviga ko‘ra) kasallikning klinik ko‘rinishiga ko‘ra qizilo‘ngach (ezofageal) va

qizilo'ngachdan tashqari (ekstaezofageal) turlarga bo'lingan. Ezofageal sindromlarga tipik reflyuks sindromi (zarda bo'lish, regurgitatsiya, kekirish, disfagiya, odinofagiya va b.), ko'krak qafasidagi reflyuks og'rig'i sindromi, hamda qizilo'ngach shikastlanish sindromlari (reflyuks-ezofagit, qizilo'ngach yarali torayishi, Barreta qizilo'ngachi, adenokarsinoma) kirib, qizilo'ngachdan tashqari belgilari quyidagilardan iborat bo'ladi: GERK bilan bog'liqligi tasdiqlangan sindromlar (yo'tal, laringit, bronxial astma, tish emali eroziyasi), va GERK bilan bog'liqligi bor deb hisoblanayotgan sindromlar (faringit, sinusit, o'pkaning idiopatik fibrozi, qaytalanuvchi o'rta otit) kiradi [29, 79].

Umuman GERK ning qizilo'ngachdan tashqari belgilari pulmonologik, otorinolaringologik, stomatologik, kardiologik, anemik, nevrologik turlarga sinflanadi. Qizilo'ngachga yaqin joylashgan a'zolarida patologik o'zgarishlarni shakllantiruvchi asosiy omillar bo'lib, birinchidan, oshqozon shirasining bevosita ta'siri bo'lsa, ikkinchidan GERK da n.Vagus qo'zg'alishi hisobiga vegetativ buzilishlar hisoblanadi va uning oqibatida kardiopulmonal simptomlar rivojlanadi [32, 59].

XVII Rossiya gastrohaftaligida GERKning qizilo'ngachdan tashqari niqoblari to'g'risida bir qator ilmiy ishlar namoyish etilgan. Mualliflar tomonidan o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bilan hastalangan bemorlarda GERK kechishining o'ziga xosligini o'rganishgan [22]. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligining qo'zg'algan davridagi 54 ta bemorlardagi o'zgarishlarni chuqur tahlil qilishgan bo'lib [22], barcha dispeptik buzilishlar belgilari bor bemorlarda EGDS o'tkazilgan. Modifikatsiyalangan Savari–Miller sinflanishiga ko'ra, bemorlar taqsimlanganda ezofagitning I darajasi 24,1%, II – 22,2%, III – 18,5%, IV – 31,5%, V – 3,7% bemorlarda aniqlangan bo'lib, 68,5% bemorlarda kardia yetishmovchiligi, 77,8% – diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi topilgan. Zarda bo'lishga barcha bemorlar shikoyat qilgan, achchiq kekirishga – 83,3%, to'sh ortida noxush sezgi 63% bemorlarda kuzatilgan, luqmaning qiyinchilik va og'riq bilan o'tishiga 38,9% bemorlar shikoyat qilgan. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi og'ir va o'ta og'ir

kechgan bemorlarda GERK simptomlari yaqqolroq namoyon bo'lgan. Dispeptik buzilishlarga shikoyat qilgan barcha bemorlar tekshirilganda GERK endoskopik pozitivi aniqlangan. O'zgarishlarning namoyon bo'lish ko'rsatkichi va darajasi o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligining og'irlik darajasi, nafas yetishmovchiligi belgilari mavjudligi, davolashda metilksantin va antixolinergik vositalarini qo'llanilishiga bog'liq bo'lgan. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligining klinik belgilari (yo'tal, xansirash) proton pompa ingibitorlari (PPI) qo'llanilganda kamaygan.

GERK fonida (71,8% bemorlar noeroziv shakli bo'lgan) surunkali parodontit bilan hastalangan 32 ta bemorlar nazorati o'tkazilgan. Surunkali parodontit bilan hastalangan bemorlar zarda bo'lishga shikoyat qilganlarida gastroezofageal reflyuks paradont yallig'lanishining patogenetik omili ekanligini hisobga olib EGDS, oshqozon ichi 24 soatli rN-metriyasi o'tkazishga qaror qilishgan. Agar surunkali parodontit GERK bilan birga kuzatilgan takdirda kompleks davolash maqsadida prokinetiklar (ayniqsa, motilium va ganaton) qo'llashni tavsiya qilishgan [28].

GERK ning klassik (tipik reflyuks sindromi) kechishi va xalitoz (og'iz bo'shlig'ida anaerob mikroorganizmlarni rivojlanishi hisobiga og'izdan noxush xid kelishi) bilan birga kechganda mualliflar tomonidan bunday bemorlarni davolashda kislota supressiv preparatlardan foydalanish samarali natija berishini ta'kidlab utishgan [50].

Qandli diabetning 2 – tipi bilan hastalangan 60 ta bemor tekshiruvdan o'tkazilganda qandli diabet bilan og'rish davomiyligining ko'payishi GERK rivojlanish xavfi va eroziv kechishi ortishiga olib kelgan [33]. GERKning qo'shimcha xavf omili insulinga tobelikning ortishi, ketoatsidoz va diabetik neyropatiyadir. Diabetik neyropatiyada nafaqat periferik, balki vegetativ nerv tizimi shikastlanadi, bu esa qizilo'ngach pastki sfinkteri funksiyasiga negativ ta'sir ko'rsatadi. Qandli diabetning 2 turida visseral neyropatiya hisobiga umumiy populsiyaga nisbatan GERK ning symptomsiz kechishi kuzatiladi. Shuning uchun zarda bo'lish va GERKning boshqa simptomlari kuzatilmasada,

qandli diabet bilan hastalangan bemorlarda EGDS va qizilo'ngach kunlik rN-metriyasi rejali ravishda o'tkazilishini taklif qilishadi [49].

GERKning vegeto-qon tomir distoniyasi bilan birga kechgan bemorlarning psixologik o'ziga xosligi, hamda Pirs–Harris shkalasi bo'yicha bemorlar turmush tarzi ikki xildagi yondashuv, bemorlarning o'zaro sub'ektiv holati va bemorni sog'lom odamlar bilan taqqoslanib o'rganilgan [3].

GERK bilan hastalangan bemorlarning kayfiyati o'rganilganda 73% bemorlarda kasallik vaqtida ruhiy dezadaptiv holatda bo'lganligi, ko'pchiligi to'liq yoki qisman davolash va noan'anaviy davo muolajalari o'tkazilishidan bosh tortishganligi aniqlangan va ushbu guruh bemorlarda ruhiy davolash standart davo muolajalari samaradorligini oshirgan [13].

Qizilo'ngach diffuz endokrin tizimi va qizilo'ngach shilliq qavati epiteliotsitlarining xujayra gomeostazini o'ziga xosligini o'rganish asosida GERK bilan hastalangan bemorlarda qandidoz rivojlanishining yangi patogenetik jarayonlarini aniqlashga qaratilgan tekshiruvlarda qizilo'ngach peptik shikastlanish darajasi, qizilo'ngach shilliq qavatiga *S. Albicans* invaziyasi qizilo'ngach diffuz endokrin tizimi buzilishi va shilliq qavat epiteliotsitlarining xujayra gomeostazini buzilish darajasi bilan bog'liqligini qayd qilishgan [42].

1.4. Gastroezofageal reflyuks kasalligining klinik namoyon bo'lishi

GERK bilan hastalangan bemorlarning asosiy o'ziga xos shikoyatlari zarda bo'lish, regurgitatsiya, kekirish, disfagiya, odinofagiya, og'izda achchiq ta'm sezilishi hisoblanadi. Bundan tashqari bemorlarni ko'krak qafasidagi va yoki epigastral sohadagi og'riq, xiqichoq, qayt qilish va tomoqdagi noxushlik kuzatilishi mumkin. Bu belgilarni paydo bo'lishi darajasi bemorlar umumiy holatini, o'zini xis qilishni, hayot tarzini va mexnatga layokatligini pasaytiradi. Ko'pchilik bemorlarda ushbu belgilarni kuzatilishi vaxima uyg'otadi. Klinik belgilarning darajasidan qat'iy nazar vaxima bemorlar hayot tarziga va o'zini xis

qilishini sezilarli darajada pasaytiradi [3]. Hayot tarzini pasayish darajasi GERK ning endoskopik belgilariga bog‘liq emas [3, 48].

Zarda bo‘lish xissini paydo bo‘lish mexanizmi hozirgi kungacha to‘liq o‘rganilmagan [10, 30, 60]. Ko‘pchilik mualliflar qizilo‘ngach xemoretseptorlarining kislotali reflyuks hisobiga qo‘zg‘alishi natijasida yallig‘lanish mediatorlarini ishlab chiqarishi va buning oqibatida klinik simptomlar kuzatilishini ta’kidlab o‘tishgan. Bemorlarni davolashda kislotani bartaraf qiluvchi dori vositalar bilan davolash yo‘li orqali kislotani qizilo‘ngach shilliq qavatiga ta’siri bartaraf qilingan va natijada klinik simptomlar sezilarli kamayishi isbotlangan[49,60,73].

Adabiyotlarda keltirilishicha kislotani qizilo‘ngach shilliq qavatiga fiziologik miqdorda ta’siri ham ba’zi bir bemorlarda GERK rivojlanishiga sabab bo‘ladi [3, 30, 49, 60, 73]. Ma’lumki qizilo‘ngach sezuvchanligi markaziy va periferik nerav sistemasi bilan boshqariladi. Shuning uchun qizilo‘ngachni yuqori sezuvchanligi qo‘zg‘atuvchilar ta’sirida periferik afferent nerv retseptorlarini qo‘zg‘alishi va markaziy nerv sistemasidagi patologik signallarni paydo bo‘lishi bilan bog‘liq [30, 49, 60, 73].

Qizilo‘ngachning yuqori sezuvchanligi ruhiy buzilishlar (bezovtlanish, ruhiy zo‘riqish, depressiya va b.) natijasida ham kuzatilishi mumkin va buning oqibatida bemorlarda yengil ta’sirlarga ham javob reaksiyasi kuzatiladi. Bemor sezishni qabul qilish hamda tahlil qilishi patologik tus oladi va buning oqibatida qizilo‘ngachdagi yengil o‘zgarishlarni jiddiy qabul qiladi. Moskva shahrida (2003) olib borilgan GERK ning epidemiologik tahlilida aniqlandiki, stressdan keyin 28,4% bemorlarda kasallik belgilarini kuchayishi va paydo bo‘lishi ortganligi ko‘rsatib o‘tilgan [31]. Stress GERK bilan hastalangan Amerikaliklarning 64% da simptomlarni kuchayishi va paydo bo‘lishiga olib kelgan [65].

Vaxima, depressiya, isteriya va vegetativ buzilishlar reflyuksli buzilishlar bilan aloqadorligi ko‘rsatib o‘tilgan [3, 4, 48, 62, 70]. Zarda bo‘lish yuqori darajada namoyon bo‘lgan bemorlarning hayot tarzi ko‘rsatkichi nisbatan past

kuzatilgan [4]. Zarda bo‘lishning namoyon bo‘lish darajasi bemorlar emotsional holatiga, vaxima-qo‘rquv va vaxima-depressiv hamda ruhiy dezadaptatsiyasiga ta’sir ko‘rsatadi [14]. Depressiya va vaxima hazm qilish tizimining bir qator kasalliklari patogeneza muhim o‘rin tutishiga qaramasdan ko‘pchilik bemorlarni davolashda ushbu o‘zgarishlarga ahamiyat qaratilmaydi [62, 70].

Shunday qilib, zarda bo‘lishning bir qator patogenetik mexanizmlari mavjud bo‘lib, ular yakka xolda yoki birgalikda namoyon bo‘lishi mumkin. Zarda bo‘lishni bartaraf qilish va nazorat qilishda faqatgina bitta patogenetik mexanizmlarga ta’sir ko‘rsatish davolash samarasizligiga olib keladi.

1.5. GERK zamonaviy diagnostikasi

GERK diagnostikasida kasallikning klinik ko‘rinishi asbob-uskunalar bilan tekshiruvdan ko‘ra muhimroq o‘rin tutadi. Endoskopik tekshiruv hozirgi kungacha gastroezofageal reflyuks kasalligining asosiy diagnostik usullaridan sanaladi. Endoskopik tekshiruv natijasida qizilo‘ngach va oshqozon shilliq qavati holati tekshiriladi va shu sohadan gistologik biopstat olish imkonini yaratadi [15, 23, 45, 70].

Endoskopiya vaqtida jaroxatlanish maydoniga ko‘ra Los-Andjeles sinflanishi bo‘yicha A dan D gacha va Savari–Miller bo‘yicha 1 dan 4 darajagacha reflyuks-ezofagitni aniqlash mumkin. Reflyuks ezofagit belgilariga qizilo‘ngach shilliq qavatini giperemiyasi va notekisligi (kataral ezofagit), eroziya va yaralar (eroziv ezofagit), ekssudat, fibrin, qon ketish va striktura, hamda Baretta qizilo‘ngachi (qizilo‘ngach distal qismi shilliq qavati epiteliysining silindrsimon xujayralar metaplaziyasi) kabi o‘zgarishlar kiradi. Lekin ko‘p holatlarda (50–60%) GERK ning endoskopik belgilari aniqlanmaydi, bu esa noeroziv reflyuks kasalligiga xos – NERK [15].

GERK da qizilo‘ngach shilliq qavatining gistologik tahlilida epiteliy o‘zgarishlarini (atrofiya, giperplaziya o‘choqlari, har xil darajadagi distrofiya) aniqlash mumkin [51]. Alohida holatlarda distrofiya keratinotsitlarning nekrozi bilan yakunlanadi. Ba’zi bir bemorlarda bazal membrana kalinlashadi va sklerozlanadi. Qon tomirlar giperemiyasi va so‘rg‘ichlar soni sezilarli darajada

ko'payadi. Kalinlashgan epiteliy va subepitelial qavatda o'choqli yoki diffuz limfoplazmotsitar infiltratlar, eozinofil va polinuklear neytrofillarga boy o'zgarishlar kuzatiladi. Ba'zi bir holatlarda yuqoridagi yallig'lanish belgilari kuzatilmaslgi ham mumkin, lekin qizilo'ngach shilliq qavati dagallashgan, ipsimon biriktiruvchi to'qima bilan qoplanishi kuzatiladi (skleroz) [15, 17, 51]. Gistologik tekshiruvlarda qizilo'ngach shilliq qavati epiteliysining silindrsimon xujayrali metaplaziyasi aniqlanadi. NERK da morfologik substrat sifatida qizilo'ngach shilliq qavati epiteliysi bazal qavatida xujayra ichi bo'shliq kengayadi, bu esa elektron mikroskopiya tekshiruvida yaqqol namoyon bo'ladi [15, 17].

Kunlik rN-metriya nazorati gastroezofageal reflyuks diagnostikasining asosiy usullaridan biri bo'lib xizmat qiladi. Bu kasallikning atipik shakli va NERKda qizilo'ngachdan tashqari belgilarini diagnostika qilishda muhim ahamiyat kasb etadi. Usul yuqori sezuvchanlikka ega bo'lib, kasallikni davolashda dori vositalarini individual tanlash va uning samaradorligini baholashga yordam beradi [15, 30].

rN-metriya nazorati oshqozon shira muxitini va yarimachchiqlik, ishkoriy va gazli reflyuksni aniqlashga yordam beradi. Qizilo'ngach rentgenologik tekshiruvi kardiya yetishmovchiligini, diafragma qizilo'ngach tyoshigi churrasi, eroziya, yaralar, qizilo'ngach strikturalarini aniqlashga yordam beradi. Manometriya qizilo'ngach harakat faoliyatini, qizilo'ngach pastki sfinkteri bosimi pasayishini, utib ketuvchi bushashishini, qizilo'ngach devori peristaltik qisqarish amplitudasini aniqlashga yordam beradi. Oxirgi yillarda manometriyaning zamonaviy yuqori sezuvchanlikka ega turlaridan keng foydalanilmoqda.

Bundan tashqari ko'plab tekshiruv usullarni misol qilish mumkin: bitta proton pompa ingibitorlariga terapevtik test, alginatli test, qizilo'ngachni radioaktiv texnesiyli ssintigrafiya, bilimetriya, Bernshteyn test, xromoendoskopiya, endoskopik UZI va b. [5, 10, 16, 30, 49, 68].

GERK va oshqozon patologiyasi *Helicobacter pylori* bilan bog‘liq xolda kuzatilganda va qizilo‘ngach shilliq qavatining holatini yoshga ko‘ra tahlil qilinganda 60 yoshdan katta bo‘lgan bemorlarda *Helicobacter pylori* bilan bog‘liq oshqozon patologiyalarida GERK og‘ir kechgan va eroziv shaklda kuzatilgan [1].

Bolalarda GERK ning ezofageal shaklining endoskopik o‘zgarishlarsiz kechgan turida qizilo‘ngach distal qismi shilliq qavati gistologik tahlili o‘rganilganda 42,3% bemorda yallig‘lanish belgilari (bazal qavat giperplaziyasi va shishi, to‘laqonlilik, so‘rg‘ichlarni uzayishi, eozinofil va/yoki polimorf-yadroli leykotsitlarni intraepitelial infiltratsiyasi) aniqlangan [12].

Y.K. Mastikov (2011) ishlari qiziqarli ishlardan biri bo‘lib, xujayra metaplaziyasi va uning turlari bilan GERK da bemorlar qizilo‘ngach shilliq qavatida eroziv – yarali belgilar uchrashini o‘rganishga qaratilgan. GERK bilan hastalangan 302 ta bemor endoskopik tekshiruvi va qizilo‘ngach shilliq qavatidan olingan biopstatning gistologik tahlili natijalari asosida xujayra metaplaziyasi va uning turlari bor yoki yo‘qligiga ko‘ra 3 ta guruhga bo‘lib o‘rganilgan. Birinchi guruhga xujayra metaplaziyasi aniqlanmagan 236 ta bemor kiritilgan. Ikkinchi guruhdagi (32) bemorlarda qizilo‘ngach shilliq qavatining oshqozon xujayra metaplaziyasi bor bemorlar kiritilgan. Uchinchi guruhga 34 ta bemor kiritilib, ichak xujayra metaplaziyasi aniqlangan. Tahlil natijalariga ko‘ra oshqozon xujayra metaplaziyasi bor bemorlarda eroziv-yarali o‘zgarishlarni kuzatilishi (21,9%) metaplaziya aniqlanmagan bemorlarga nisbatan kamroq kuzatilgan (39,8%).

Mualliflar gistologik tekshirish natijasiga ko‘ra, qizilo‘ngach distal qismi epiteliysi xujayralararo oralig‘ining qisqarishi o‘tkazilgan davo muolajasi natijasining markeri bo‘lib xizmat qiladi degan fikrni o‘rtaga tashlaydi, ya’ni GERK shaklidan qat’iy nazar kasallik qaytalanish ko‘rsatkichiga ta’sir ko‘rsatadi. Olingan ma’lumotlardan shunday xulosa qilish mumkinki, GERK ni to‘la davolash gistologik remissiyagacha davom ettirilishini taqozo qiladi va natijada kasallikni qaytalanib qolish sonini kamaytiradi [51].

Bir necha mualliflar qizilo'ngachni ko'p soatli multikanal intralyuminal pH-nazorati ostida, proton pompa ingibitorlarini oshqozon ichi kislota muxitiga ta'sirini gastroezofageal reflyuks kuzatilishi va umumiy soniga ko'ra o'rganishgan. pH-metriya rabeprazol (20 mg 2 mahal kuniga) qo'llanilgandan oldin va 4 kun keyin o'tkazilgan. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, proton pompa ingibitorlari gastroezofageal reflyuks sonini va kunlik kuzatilish ko'rsatkichini ishonchli 27,6 dan 17,5 gacha kamaytirgan [37].

1.6. GERK davolash muammolari va bartaraf qilish yullari.

GERK bilan hastalangan bemorlarni davolash maqsadi kasallik simptomlarini bartaraf qilish bilan birga gastroezofageal reflyuks darajasini kamaytirish, bemor hayot tarzini yaxshilash, yara va eroziyalar epitelizatsiyasini tezlashtirish, kasallik asoratlarini oldini olish hamda shakllangan asoratlarni bartaraf qilishdan iborat. Davolash muolajalari keng qamrovli bo'lishi shart. Davolashda qo'llaniladigan usullar ikki turga – dori vositalari va dori vositalarisiz (hayot shaklini o'zgartirish, parxez, fizioterapiya va xirurgik muolajalar) turlarga bo'linadi [31, 77].

Dori vositalari bilan davolash GERK ning klinik ko'rinish darajasiga, asoratlarni mavjudligiga, hamda hamrox kasalliklarni inobatga olgan xolda amalga oshirilishini talab etadi [8]. Bularga oshqozon sekresiyasini (HCl^+) kamaytirish, antatsidlar, alginatlar, prokinetiklar va boshqa dori vositalarini qo'llash kiradi.

GERK simptomlarini va asoratlarini bartaraf qilishda proton pompa ingibitorlari (omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg, rabeprazol 20 mg ili ezomeprazol 20 mg) samarali ta'sirga ega bo'lib, ovqatdan 20-30 daqiqa oldin kuniga 1–2 mahal qo'llash tavsiya etiladi. Proton pompa ingibitorlarni yuqori miqdorda uzoq muddat qo'llanilishi maqsadga muvofiq bo'lib, asosiy davolash 4–8 hafta davomida; reflyuks-ezofagit va qizilo'ngachdan tashqari belgilari bor yoshi katta bemorlarda 12 hafta; qo'llab

turuvchi terapiya 6–12 oy davom etadi. Bunday tartibga rioya qilinmaganda kasallikning qaytalanish xavfi ko‘payadi [10, 24, 37, 58, 68]. GERK ni davolashda barcha turdagi proton pompa ingibitorlarini uzoq muddat qo‘llanilsa, samaradorligi ortadi [20, 37, 58, 68, 78]. Sekresiyaga qarshi dori vosita sifatida N2- gistamin retseptorlari bloklovchi dori vositalarini qo‘llash mumkin, lekin ularning davolash samaradorligi proton pompa ingibitorlari samaradorligiga nisbatan pastrok. Bu guruh dori vositalarini proton pompa ingibitorlaridan yetarli samara olinmaganda, o‘tkazuvchanligi pasayganda yoki refrakterlik vaqtida qo‘llash mumkin [16, 49].

Antatsid dorilar xlorid kislotani neytrallash xususiyatiga ega. Hozirgi kunda antatsidlarni so‘rilmaydigan 2 avlodi ishlab chiqarilgan bo‘lib [27], davolashda keng qo‘llanilmoqda. Antatsidlar kasallik yengil kechgan va kam uchraydigan klinik simptomlarida, asosan hayot tarzi buzilgan bemorlarda qo‘llaniladi. Bu guruh preparatlarning yagona ustunlik tomoni ularning tez ta’sir ko‘rsatishidir, shuning uchun kasallik simptomlarini proton pompa ingibitorlari ta’siri boshlangunga kadar qo‘llash mumkin [8, 30].

Alginatlar ichilganda tezda oshqozon shilliq qavatida alginat geli barer xosil qilib, gastroezofageal reflyuks kuzatilishini bartaraf qiladi. Alginatlar zarda bo‘lishda «tez yordam» vositasi hisoblanadi [5, 78]. Bular klinik amaliyotda monoterapiya hamda boshqa dori vositalari bilan birgalikda qo‘llaniladi [16].

Prokinetiklar qizilo‘ngach, gastroduodenal soha qisqarish aktivligini boshqaradi va pastki qizilo‘ngach sfinkteri tonusini me‘yorlashtiradi. Bu guruh preparatlar oshqozon evakuatsiyasini tezlashtiradi va pastki qizilo‘ngach sfinkteri tonusini oshirib, gastroezofageal reflyuks kuzatilishini kamaytiradi va oshqozon shirasining qizilo‘ngach shilliq qavatiga ta’sirini yo‘qotib, ezofageal tozalanishni yaxshilaydi va oshqozon evakuatsiyasini sekinlashtirib, GERK ning patogenetik jarayoniga samarali ta’sir ko‘rsatadi [31]. Ushbu maqsadda ko‘pincha domperidon kuniga 10 mgdan 3-4 mahal ovqatdan oldin qo‘llaniladi, kam holatlarda metoklopramid qo‘llaniladi. Oxirgi yillarda patogenetik terapiya, oshqozon-ichak tizimining yuqori qismi faoliyatini yaxshilash

maqsadida ko'pchilik tomonidan itoprid (ganaton) nisbatan keng qo'llanilmoqda. Ganaton 50 mg miqdorda kuniga 3 mahalgacha qo'llaniladi [16]. Hozirgi kunda tegaserod –5-NT4 serotoninli retseptorlar agonisti va baklofen – γ -oksimoy kislota (GAMK) agonisti kabi qizilo'ngach pastki sfinkterining spontan bushashish epizodlarini kamaytiruvchi qator dori vositalarining prokinetik mavqei o'rganilmoqda [61, 71].

Duodenal massa hisobiga kuzatilgan reflyuks-ezofagitlarda, ursodezoksixol kislota 250–500 mg/kuniga qo'llaniladi [11].

Davolash samaradorligi kriteriylariga klinik-endoskopik remissiyaga erishish (kasallik simptomlari va/yoki EGDS da ezofagit belgilari bartaraf bo'lishi) kiritiladi. Yana shuni ta'kidlash joizki, GERK surunkali qaytalanish bilan kechishi harakterlidir. Ezofagitning erta davrlarida antisekretor preparatlariga chidamliligi va qizilo'ngach pastki sfinkteri bosimining pastligi kasallik qaytalanish omillari hisoblanadi [16].

Antireflyuks jarroxlik usuli adekvat medikamentoz davo muolajalaridan so'ng yetarli samara kuzatilmaganda yoki kasallik asoratli kechganida (qayta qon ketish, yarali strikturalarda, Barreta qizilo'ngachi yuqori displaziyasi bilan kechganda) qo'llaniladi [11].

XVII gastrohaftada ko'rib chiqilgan ishlarning ko'pchilik qismi GERK ni davolash muammolariga qaratilgan.

Bir necha mualliflar ilmiy izlanishlari gastroezofageal reflyuks kasalligini IPP bilan davolash natijalariga qaratilgan. [21, 36, 37, 52, 53, 58].

NERK ning asosiy klinik simptomlarini (zarda bo'lish, regurgitatsiya) davolashda Rabeprazol 1 va 4 hafta davomida qo'llanilganda omeprazolga nisbatan yaqqol samaradorlik ko'rsatgan [53, 58].

Mualliflar tekshiruv natijalariga ko'ra, NERK bilan hastalangan bemorlarni davolashda pantoprazol (nolpaza) omeprazolga nisbatan yuqori samaradorlik ko'rsatgan. Ushbu mualliflar fikriga ko'ra, gastroenterologik kasallik bilan hastalangan bemorlarda omeprazoldan ko'ra pantoprazolni qo'llash maqsadga muvofiqdir [52].

NERK va GERK ning eroziv shakllarida proton pompa ingibitorlarini (omeprazol va rabeprazol) qo'llanilganda GERK ning negativ shakli bilan hastalangan bemorlarda davolash natijalari GERK ning eroziv shakli bilan hastalangan bemorlarga nisbatan qonikarsiz kechgan [2, 20, 21, 68, 78]. Mualliflar xulosasiga ko'ra, GERK ning negativ shakli bilan hastalangan bemorlarda davolashning samarasizligi bemorlarda kuzatilgan vegetativ buzilishlar bilan bog'liq. Shundan kelib chiqib, mualliflar bu guruh bemorlarni davolashda bemorlar vegetativ holati, ruhiy holati va nevrologik buzilishlarni hisobga olishni taklif qilishgan [20].

GERK vegeto-qon-tomir distoniya bilan kechgan bemorlarni kompleks davolashda rabeprazol (rabemak DSR) va sulpirid (prosulpin)ning samaradorligi o'rganilganda, standart davolashga ko'shimcha tarzda qo'llanilgan prosulpin bemorlarning vegetativ holatini, kayfiyatini, umumiy holatini va hayot tarzini yaxshilaganligini qayd qilishgan [2].

V.V. Laxin (2011) ambulator sharoitda GERK bilan hastalangan bemorlarni davolashda kislotasupressiv preparat lansid (lansoprazol) ni 30 mg 2 mahal/kuniga ovqatdan 30 daqiqa oldin 8 hafta davomida qo'llagan. Ba'zi bemorlarga qo'shimcha tarzda prokinetik motilak (domperidon) 4 mahal/kuniga ovqatdan 30 daqiqa oldin ichishni tavsiya qilgan. Tekshirish natijalari Lansidni kislotasupressor sifatida GERKni davolashda qo'llash mumkinligini isbotlagan [27].

Mualliflar [54] GERK ni kompleks davolashda GABAB (g-aminomoy kislota) retseptorlari agonisti – baklofen samaradorligini o'rganishib, proton pompa ingibitorlari qabul qilgan 40% bemorlar kasallik simptomlaridan aziyat chekishganligini aniqlanib va bu holat yangi davolash yullarini izlashga chorlagan. Tekshiruvdagi bemorlarning birinchi guruhiga 5 mgdan 4 mahal kuniga 3 kun davomida, keyinchalik 10 mgdan 4 mahal 4 hafta davomida faqat Baklofen tavsiya etilgan. Bu guruhdagi barcha bemorlar yana 4 hafta davomida Pariet 20 mg dan 1 mahal kuniga qabul qilishgan. Nazorat guruhidagi bemorlarga faqatgina Pariet 20 mg dan 1 mahal kuniga tavsiya etilgan. Olingan

natijalardan mualliflar GERK ni davolashda samarali dori vositasi (Pariet) bilan birgalikda Baklofen qo'llash davolash natijalarini oshiradi degan xulosaga kelishgan. Baklofenni keng kulamda qo'llashga bo'lgan chegaralanish uning nojo'ya ta'sirlari hisoblanib, yangi kiritilayotgan GABAB retseptorlar agonistlari (Baklofenni R-izomeri – arbaklofen va periferik ta'sir ko'rsatuvchi lezogaberan) bilan ushbu kamchiliklar bartaraf qilingan [54].

150 ta GERK bilan hastalangan bemorlarni qizilo'ngach shilliq qavati klinik-endoskopik va immunogistoximik ko'rsatkichlariga ko'ra, bir necha davolash sxemalari natijalarini baholanganda sxema bilan dibikor (taurin) qo'llanilgan bemorlar guruhida qizilo'ngach funksional morfologiyasini tiklanishi va qizilo'ngach shilliq qavati epiteliotsitlarini yangilanishi faqatgina omeprazol qo'llanilgan bemorlar guruhiga nisbatan yaqqolroq namoyon bo'lib, kasallikning remissiyaga o'tish kuni 5,3 kunga qisqargan [43]. Dibikor bilan davolash sxemasi GERK remissiyasiga o'tishini tezlashtiradi va remissiya davrini uzaytiradi. Bu preparatning davolash samaradorligi dorining antisekretor xususiyati yuqoriligi va oshqozon ichak tizimi yuqori qismi epiteliotsitlar xujayra gomeostazi ko'rsatkichlarini yaxshilashidan iborat [43].

N.V. Yefimenko va hammualliflar (2011) tomonidan GERK bilan hastalangan bemorlarda dori vositalari bilan davolash asosida Dalargin SMT-forez (SMT – sinusoidal modullashgan tok, boshqa nomi amplipulsterapiya) fizioterapevtik omil ta'sirini o'rganilgan. Dori vositalari va fizioterapevtik muolajalarni kompleks birgalikda qo'llash qizilo'ngach shilliq qavatidagi patologik jarayonni ishonchli yaxshilaydi degan fikrni olga surishgan. Ushbu davolash usullarini birgalikda qo'llash samaradorligi 92,8% ni tashkil qilib, faqatgina medikamentoz qo'llanilgan bemorlarga (72,5%) nisbatan ishonchli farqlangan. Sinusoidal modullashgan tok qo'llanilganda qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusiga ijobiy ta'sir ko'rsatib, achchiq reflyukslar kuzatilishi kamaygan, patologik reflyukslar davomiyligi 2,5-3 barobar qisqargan. Olingan ma'lumotlarga asoslangan xolda, sinusoidal modullashgan tokning analgetik va yallig'lanishga qarshi ta'siri, gastroduodenal sohada qon va limfa aylanishiga

pozitiv ta'siri va Dalarginni antisekretor, prokinetik va regenerator ta'siri yaraga qarshi kompleks medikamendoz terapiya sifatida eroziyalarning sanogenezi va bitishini faollashtiradi [18].

M.D. Mixaylova GERK bilan hastalangan bemorlarda xlor yodbromli eritmani SMT- forez yuli bilan qo'llanilgan va faqatgina dori vositalari qo'llanilgan 102 ta bemorning (Savari–Miller bo'yicha ezofagitning endoskopik sinflanishiga ko'ra I va II daraja) bir yil davomida klinik holati dinamikada nazorat qilgan. Uzoq tahlillar natijasi ikkala guruhda yuqorigi natijalarga xos kuzatilgan. Olingan natijalarga ko'ra mualliflar GERK ni davolash ko'rsklarida davolovchi eritmalarni SMT-forez yuli bilan birgalikda qo'llashni tavsiya qilishadi [38].

GERK ning qaytalanish xavf omillarini o'rganish maqsadida statsionarda davolangan bemorlarni 1,5 yil davomida kuzatilganda va zarda bo'lish qaytalanishiga yoshning 50 dan yuqoriligi, tana vazni indeksi 25 dan ortikligi, anamnezining 5 yildan ortikligi, alkogol ichimliklarini iste'mol qilish, chekish va ko'p miqdorda ozuka qabul qilishlik sabab bo'lganligi aniqlangan [14].

GERK kechishiga N. rylori eradikatsiyasi ta'sir ko'rsatishini aniqlash maqsadida 469 ta GERK bilan hastalangan bemorlarda 5 yillik tekshirish olib borilgan. O'tkazilgan eradikatsion terapiya NERK, GERK ning eroziv shakli va Barreta qizilo'ngachi dinamikasiga nazorat vaqtida ko'rinarli ta'sir ko'rsatmagan [41].

Gastroezofageal reflyuksni jarroxlik yuli davolash natijalarga ko'ra, bemor yoshi va vaznidan kat'iy nazar, qizilo'ngachni oshqozonga utish joyi nuksonlarida hamda kushalok nuksonlarida jarroxlik yuli bilan davolash mumkinligi aniqlangan [44].

Adabiyotlarda Barreta qizilo'ngachi muammolariga qaratilgan bir qancha ilmiy ishlar mavjud [36, 39, 40, 46, 77]. Qizilo'ngachning ushbu shikastlanishida ko'proq ahamiyatli – MUC 5 AC, MUC 2 hamda 7 va 20 sitokeratin biomarkerlari o'rganilgan. Qizilo'ngachning qator metaplaziya – displaziya – adenokarsinomalarida yuqorida keltirilgan markerlar tarqalishi har

xil bo'ladi. Mualliflar tomonidan olingan ma'lumotlarga ko'ra, Barreta qizilo'ngachi oshqozon metaplaziyalarida nisbatan samarali test epiteliotsitlarga MUC 5 AS ekspressiyasi tempi, ichak metaplaziyalarda – MUC 2, ikkala mutsinlar ekspressiya darajasi hamkorlikda pasayishi neoplastik rivojlanishining boshlanishi bilan baholanadi [39, 46, 77].

Barreta qizilo'ngachi bilan bemorlarga nolpazani (pantoprazola) uzoq muddat qo'llashning samaradorligi va xavfsizligi o'rganish uchun 34 bemorda xromoskopiya bilan videogastroskopiya va biopsiya o'tkazilgan [46]. Barreta qizilo'ngachi barcha bemorlarda morfologik tasdiklangan. Qayta nazorat biopsiya tekshiruvi 4 oydan keyin va keyinchalik har 5-6 oyda o'tkazilgan. Bemorlar 12 hafta davomida 0,04 dan kuniga 2 mahal nolpaza qabul qilishgan, keyinchalik 0,04 dan kuniga 1 mahal 10 dan 14 oygacha. Birinchi 5-6 haftada qo'shimcha tarzda ganaton 50 mg yoki domperidon 10 mg dan ovqatdan 30 daqiqa oldin kuniga 3 mahal tavsiya etilgan. Hamrox biliar reflyuksi bor bemorlar (6 bemor) 1 oy davomida ursodezoksixol kislota 250 mg 3 mahal kuniga qabul qilishgan. 26 ta bemorlarda 2 hafta davomida N. ryleri eradikatsion terapiyasi o'tkazilgan. Davolash fonida 3 – 4 kunga kelib og'riqli sindrom, zarda bo'lish va disfagiya to'liq bartaraf qilingan, residiv kuzatilmagan. Nazorat tekshiruvida Barreta qizilo'ngachi rivojlanish belgilari aniqlanmagan, gistologik tahlilda ijobiy ko'rsatkichlar aniqlangan. Mualliflar xulosasiga ko'ra, Barreta qizilo'ngachini davolashda nolpaza (pantoprazol) ni uzoq muddatli qonservativ davolashda qo'llash samarali va xavfsiz deb hisoblangan [39, 46, 77].

Ye.V. Mezjueva GERK ning asoratli kechgan turlari bilan hastalangan bemorlarda yuqori dozada pantoprazol qo'llagan. Muallif uz oldiga yuqoridagi davolash tartibi asosida Barreta qizilo'ngachi kuzatilish ko'rsatkichini, Barreta qizilo'ngachida ichak metaplaziyasi patomorfologik o'ziga xosligini aniqlashni maqsad qilgan. Ushbu maqsadga ko'ra ikki etapli tekshiruv o'tkazilgan. 398 ta bemorlardan olingan 1407 ezofagobioptatlar tahlil qilingan. Barreta qizilo'ngachi aniqlangan 46 bemorga kuniga 40 mg Pantoprazol 48 hafta

davomida tavsiya qilingan [36]. Davolash davrida har 12 haftada endoskopik va morfologik nazorat o'tkazilib, gematoksilin va eozin, van Gizon, Lefler bo'yicha pikrofuksin, alsian kuk bilan RAS-reaksiyasi qo'llanilgan. Silindr xujayrali metaplaziya oshqozon turidagi surunkali ezofagit fonida bakalsimon xujayrali ichak metaplaziyasi 74% holatlarda kuzatilgan.

Shundan kelib chiqib, zamonaviy gastroenterologlar oldida GERK ning patomorfologiyasi, diagnostikasi va davolash, jumladan qizilo'ngach shilliq qavatida mikrosirkulyatsiya holati, GERK kechishini N. rylori-infeksiyasi bilan bog'liqligi, bemorlar induvidual holatidan kelib chiqib oshqozon qizilo'ngach reflyukslarining harakteri va intensivligini o'rganish kabi muammolar uz yechimini kutmoqda [31]. Ko'pchilik holatlarda davolash samaradorligi kamligi va kasallikning qaytalanish ko'rsatkichlarining yuqoriligi yangi dori vositalari va davolash usullarini ishlab chiqib amaliyotga tadbik qilishni talab qiladi.

II BOB.

TEKSHIRUV MATERIALLARI VA USULLARI

2.1. Bemorlarning umumiy harakteristikasi.

Ilmiy ishga 2012 - 2014 yillar davomida gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan ogʻrigan 19 yoshdan 85 yoshgacha (oʻrtacha yoshi $47,0 \pm 14,3$) boʻlgan 46 ta bemorlar umumklinik, instrumental, endoskopik, neyropsixologik va laborator tekshiruv natijalari asos qilib olingan. Barcha tekshiruvlar Koʻp tarmoqli markaziy shifoxona gastroenterologiya boʻlimida bajarildi.

Kasallik anamnezi, etiologik omillari (kasallikka bemorning jinsi, yoshi, hayot tarzi, ish faoliyati, ovqatlanish tartibi va zararli odatlari), klinik simptomlari, bemorlar ruhiy holati, laborator tahlillar va EFGDS natijalari ishlab chiqilgan soʻrovnoma orqali roʻyxatga olingan va tahlil qilingan (soʻrovnoma ilova qilinadi).

Tekshirilgan bemorlarning 28 tasi (60,9%) erkak va 18 tasi (39,1%) ayol jinsiga mansub (Diagramma 1.) boʻlib, kasallikning yoshga koʻra tarqalish koʻrsatkichi jadval 1 da keltirilgan.

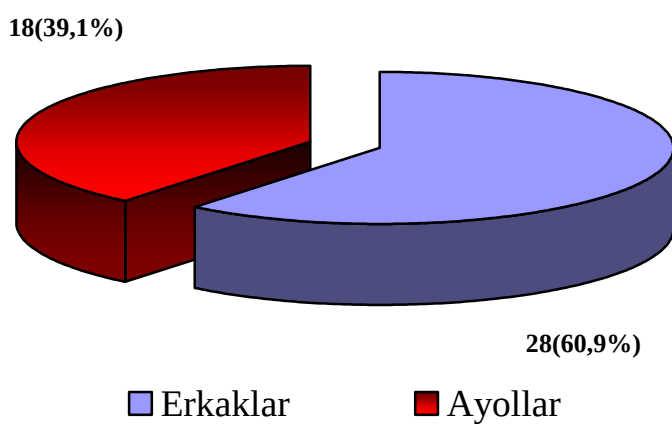


Diagramma 1. Bemorlar jinsiga koʻra taqsimlanishi

Jadval 2.1

GERK tarqalishining yoshi va jinsiga ko'ra tahlili

Jinsi	Yoshi										Jami	
	<30		30-40		40-50		50-60		>60			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Erkaklar	4	8,7	7	15,2	7	15,2	4	8,7	6	13,0	28	54,4
Ayollar	4	8,7	1	2,2	4	8,7	7	15,2	2	4,3	18	45,6
Jami	8	17,4	8	17,4	11	23,9	11	23,9	8	17,4	46	100

n- kuzatuv soni

Kasallikning yoshga qarab tarqalishi tahlil qilinganda (Jadval 2.1) zarda bo'lish va regurgitatsiya holati yoshi kattalarda yoshlarga nisbatan tez-tez uchrab turgan, jumladan 40 yoshgacha bu ko'rsatkich umumiy tekshirilganlarning 34,8% ni tashkil qilgan bo'lsa, yoshi 40 dan oshganlarda bu ko'rsatkich 65,2% ni tashkil qilgan. Zarda bo'lish va regurgitatsiya simptomlarini ayollar va erkaklar orasida yoshga nisbatan tahlil qilganimizda erkaklar va ayollar orasida deyarli farq sezilmagan. Tekshiruvdagi bemorlarning 82,6% (38 ta bemor) ida gastroezofageal reflyuks kasalligi mehnatga layoqatli yosh guruhida kuzatilgan bo'lib, bu o'z navbatida kasallikning ijtimoiy va iqtisodiy muammolar keltirib chiqarishidan dalolat beradi.

2.2. Tekshiruvga olingan bemorlar mezonlari.

Tekshiruvga olingan bemorlar mezonlari:

1. 18 yoshdan katta zarda bo'lish va/yoki regurgitatsiyaga shikoyat qilgan GERK bilan hastalangan bemorlar.
2. O'tkaziladigan tekshiruvlarga bemorlar roziligi.

Mustasno mezonlari:

1. Zarda bo'lish bilan birga hamrox kasalliklar: oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi, jigar sirrozi barcha turlari, surunkali pankreatit, o'tkir va surunkali xolesistit, o't tosh kasalliklari aniqlanganda.
2. Anamnezida qizilo'ngachda, oshqozonda, o'n ikki barmoqli ichak va oshqozon osti bezi va oshqozon ichak tizimida jarrohlik tashrixi o'tkazganlar.
3. Surunkali buyrak yetishmovchiligi.

4. Qandli diabet

2.3. ***Tekshiruv usullari.***

Klinik tekshiruvlar. Bemorning har biri alohida qayd qilinadigan karta va anketa yordamida GERK simptomlarining bor yo'qligi, kasallik anamnezi, o'tkazilgan muolajalar, tekshiruv usullari va instrumental tekshiruvlar o'rganib chiqildi (Ilova №1).

Ishlab chiqilgan so'rovnoma 3 ta qismdan iborat bo'lib:

I qism – gastroezofageal reflyuks kasalligi umumiy belgilarini o'rganish maqsadida quyidagi 13 ta savollar kiritilgan:

- 1- oxirgi oylar davomida zarda bo'lish bezovta qilganmi;
- 2 – zarda bo'lish qancha muddat bezovta qiladi;
- 3 – uyqu vaqtida ham zarda bo'lish bezovta qiladimi;
- 4 – oldinga engashganda va/yoki gorizontal holatda to'sh ortida og'riq va og'irlik kuzatiladimi;
- 5 – zarda bo'lish bemor ish faoliyatiga ta'sir ko'rsatadimi;
- 6 – tilda noxushlik va og'iz bo'shlig'ida achchiq ta'm kelishi bezovta qilganmi;
- 7 – oxirgi paytlarda yutishni qiyinlashuvi bezovta qilganmi;
- 8 –“qaqab ketish” xissi bezovta qilganmi;
- 9 – ovoz bo'g'ilishi, tomoqda noxushlik xissi kuzatilganmi;
- 10- uyqu vaqtida nafas olishni qiyinlashuvi va xurrak otish bezovta qilganmi;
- 11 – stomatolog qabulida bo'lganmi (agar qabulida bo'lgan bo'lsangiz qachon va nima sababdan);
- 12 – yuqoridagi belgilarni bartaraf qilish maqsadida dori vositalari qabul qilganmi;
- 13 – qaysi proton pompa ingibitorlaridan kabul qilgan.

II qismda bemorlar endoskopik tekshiruv natijasi aks ettirilgan.

So'rovnomaning III qismi gastroezofageal reflyuks kasalligining ekstraefageal belgilarini o'rganish maqsadida tuzilgan bo'lib, bu qism o'z ichiga quyidagilarni qamragan:

- Orofaringeal belgilar
- Otolarinologik belgilar
- Bronx-o'pkaga tegishli belgilar
- Ko'krak qafasidagi og'riq

Kasallik simptomlarini baholashda GERK simptomlari yig'indi (simptomlar kuzatilish soni, intensivligi va kasallanish davomiyligi – jami 15 ball) shkalasidan foydalangan xolda bajarildi. (*jadval. 2.2*).

GERK simptomlarini miqdoriy baholash shkalasi

Ko'rsatkich	Simptom
Zarda bo'lish soni	0 - yo'q 1 - bir oydan ko'p vaqtda 1 marta 2 - oyda bir marta 3 - Oyda bir necha marta 4 - haftada bir marta 5 - haftada bir necha marta 6 - har kuni
Zarda bo'lish intensivligi	0 - yo'q 1 - yengil (bemor e'tibor qilmaydi, agar eslamasa) 2 - O'rta (bezovta qiladi, lekin kunlik ish faoliyatga ta'sir ko'rsatmaydi) 3 - Kuchli (ba'zida kunlik ish faoliyatga ta'sir ko'rsatadi) 4 - Juda kuchli (doim kunlik ish faoliyatga ta'sir ko'rsatadi)
Zarda bo'lish davomiyligi	0 - yo'q 1 - 6 oydan kam 2 - 7 oydan 1 yilgacha 3 - 1 yildan 5 yilgacha 4 - 5 yildan 10 yilgacha 5 - 10 yildan oshiq

Bemorlarda kuzatilayotgan belgilarni namoyon bo'lish darajasini kundalik nazorat qilish va davolash samaradorligini baholash maqsadida bemorlarga kundalik tutish tavsiya etildi. Bunda har kuni ertalab kasallikning asosiy belgilarini namoyon bo'lish darajasi Likert ning 5 ballik shkalasi bo'yicha:

1 – belgilari yo'q;

2 – belgilarni yengil namoyon bo'lishi (agar o'ylamasa, sezmaslik mumkin);

3 – yengil (sezilarli, lekin kunlik ish faoliyatga ta'sir ko'rsatmaydi);

4 – kuchli (kunlik ish faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi va uyquni buzadi);

5 – o'ta kuchli (kunlik ish faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi va uyquni buzib, dam olishni talab qiladi) baholanib, belgilanib borildi.

Qon ketish, peptik striktura, Barretta qizilo‘ngachi va qizilo‘ngach adenokarsinomasi kabi o‘zgarishlar GERK asoratlariga kiritilib, tekshiruvga bunday bemorlar kiritilmagan.

Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarini ultratovush tekshiruvi standart usuldan foydalangan xolda Ko‘p tarmoqli markaziy shifoxona funksional diagnostika bo‘limida bajarildi.

Qizilo‘ngach va oshqozon rentgenoskopiyasi qat‘iy ko‘rsatmalarga (qizilo‘ngach chandikli o‘zgarishlariga, qizilo‘ngach rakiga va b. gumon kuzatilganda) rioya qilingan xolda kontrast yordamida Ko‘p tarmoqli markaziy shifoxona rentgenologiya bo‘limida bajarildi.

Endoskopik tekshiruv (EGDS): Endoskopik tekshiruvlar Ko‘p tarmoqli markaziy shifoxona qabul diagnostika va endoskopiya bo‘limlarida olib borilib Fujinon firmasi endoskopidan foydalanildi. Tekshiruvlar natijasida GERK ning endoskopik negativ shakli va reflyuks ezofagitlar Los-Andjeles sinflanishi bo‘yicha namoyon bo‘lish darajasi baholandi [70]:

I	Endoskopik negativ shakli (qizilo‘ngach shilliq qavatida patologik o‘zgarishlar aniqlanmasdan GERK ga xos klinik belgilar kuzatilsa)
II	Reflyuks-ezofagit (qizilo‘ngach shilliq qavatida eroziya va yara kabi o‘choqli o‘zgarishlarsiz diffuz o‘zgarishlar kuzatilsa.
III	Eroziv reflyuks-ezofagit
IV	Qizilo‘ngach peptik yarasi darajalari A – shilliq qavat nuqsoni 5 mm katta bo‘lmagan xolda, chegaralangan xolda; V – shilliq qavat shikastlanishi bitta burmasida bo‘lib uzunligi 5 mm dan uzunrok; S – shilliq qavat shikastlanishi bir necha burmalarga tarqalgan bo‘lsa va qizilo‘ngach aylanasing 75% kam maydonni egallasa; D – shikastlanish o‘chog‘i qizilo‘ngach aylanasini kamida 75% maydonini egallasa.

Bemorlarning psixologik holatini o'rganish I.M. Sechenov nomidagi Moskva Meditsina Akademiyasi xodimlari (Doski V.A., Laventev N.A., Miroshnikov M.P., Sharay V.B. 1973 y) tomonidan ishlab chiqilgan SAN testi bo'yicha baholandi (Ilova №3). «SAN» testi ruscha so'zlarning bosh harflaridan iborat bo'lib. «S» - samochuvstvie, A- aktivnost, N – nastroyenie, ya'ni bemorlarning o'zini xis etishi, faoliyati va kayfiyatini aks ettiruvchi 3 ta qism va 30 ta savolni o'z ichiga olgan so'rovnomadan iborat.

Har bir savolga javob berishda bemor so'ralayotgan belgini o'zida qanchalik kuchli namoyon bo'lish darajasiga qarab, 0 dan 3 gacha bo'lgan raqamlarni belgilagan. Test natijalari ballar yordamida aniqlanib, me'yorda «S» - samochuvstvie (o'zini xis etishi) 50 balldan, , A- aktivnost (faoliyat) 55 balldan, N – nastroyenie (kayfiyat) 54 balldan past bo'lmasligi shart. Yuqorida keltirilgan ballardan past ko'rsatkich aniqlanishi, bemorning psixofiziologik holatida siljish borligi, ya'ni astenizatsiya holatini aks ettirgan.

Bemorlarning vegetativ disfunktsiya belgilari darajasi I.M. Sechenov nomidagi Moskva meditsina Akademiyasi professori A.M. Veyn tomonidan ishlab chiqilgan so'rovnoma yordamida aniqlandi. Ushbu so'rovnoma ikki qismdan iborat bo'lib, birinchi qismi 11 ta savoldan tuzilgan bo'lib (Ilova №3), varaqa bemor tomonidan to'ldirilgan. Har bir savolga «Xa» va «Yo'q» tartibda javob berilgan. Har bir qo'yilgan u yoki bu savolning vegetativ disfunktsiyani klinik belgilarini aks ettirishdagi ahamiyatiga qarab, har bir «xa» javobiga 3 dan 7 gacha ballar berilgan. Sog'lom kishilarda ballar yig'indisi 15 dan ortmasligi shart bo'lib, 15 balldan yuqori ko'rsatkich aniqlanishi bemorlardagi disfunktsiyaning ortishi darajasini belgilagan.

So'rovnomaning ikkinchi qismi vrach tomonidan to'ldirilib, so'rovnoma ichiga 13 ta savol kiritilgan (Ilova №4). Savolning patologiya uchun ahamiyatiga qarab har bir «Xa» javobi uchun 4 dan 10 ballgacha baholangan. Sog'lom kishilarda umumiy ballar yig'indisi 25 balldan ortmasligi shart.

III BOB.

TEKSHIRUV NATIJALARI

3.1 Gastroezofageal reflyuks kasalligining klinik namoyon bo'lishi.

Ro'yxatga olingan bemorlarning barchasi (46 ta bemor) o'zimiz tomonimizdan ishlab chiqilgan anketa so'rovnomasi, klinik instrumental, EGDS va psixodiagnostik testlar natijalariga ko'ra baholandi.

Tekshiruvdagi bemorlarning anketa so'rovnomalariga ko'ra ularning asosiy shikoyatlari tahlil qilindi. Tahlil natijalariga ko'ra GERKning asosiy shikoyatlari o'rganib chiqildi. Tahlil natijalari Jadval 3.1 da keltirilgan.

Jadval 3.1.

Bemorlar shikoyatlari bo'yicha taqsimlanishi

№	Shikoyatlari	Bemorlar soni	
		N	%
	Zarda bo'lish	45	97,8
	To'sh ortida noxushlik sezish	32	69,6
	Xavoli kekirish	21	36,8
	Disfagiya	18	31,6
	Odinofagiya (yutinganda og'riq)	6	10,5
	Epigastral sohada og'riq yoki og'irlik	38	66,7
	Ko'ngil aynish	35	61,4
	Xiqichoq	15	26,3

Jadval 3.1. da keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra tekshiruvimizdagi bemorlarning 97,8% da tomoqdagi achchiqlik, ya'ni zarda bo'lishdan shikoyat qilgan. Bemorlarning keyingi o'rindagi shikoyati to'sh ortida noxushlik 32 (69,6%) bemorda kuzatilgan, xavoli kekirish - 21(36,8%), epigastral sohada og'riq – 38(66,7%) bemorlarni bezovta qilgan, eng kam kuzatilgan shikoyat odinofagiya bo'lib u 6(10,5%) bemorlarni bezovta qilgan.

Zarda bo'lish umumiy hisobda 45 (97,8%) bemorda kuzatilgan bo'lib, bulardan 13 (28,9%) tasida bemorni doimiy, 20 (44,4%) ta bemorni kunning

asosiy qismida va 12 (26,7%) tasida ba'zi holatlarda bezovta qilgan. Zarda bo'lish kuzatilishi davriyligi bo'yicha bemorlar tahlil qilinganda – 21 (46,7%) ta bemorni zarda bo'lish kunda bezovta qilgan, haftada 2 marta va unda ortik zarda bo'lish bezovta qilgan bemorlar soni 17(37,8%) ta, haftada bir marta bezovta qilgan bemorlar soni 7(15,6%) ta bo'lgan. 33 (73,3) bemor uyqu vaqtida zarda bo'lishdan shikoyat qilgan bo'lsa, shundan 2 (6,1%) tasida ushbu holat doimiy kuzatilgan, 12 (36,4%) bemorda tez-tez va 19 (57,6%) ta bemorda ba'zi-ba'zida kuzatilgan. Zarda bo'lish intensivligi bemorlar yoshi ortgan sari pasayib borgan. 60 yoshgacha bo'lgan bemorlarda zarda bo'lish 30(90,9%) ta bemorda kuzatilgan bo'lsa, 60 yoshdan katta bemorlarda - 15 (83,3%) bemorda kuzatilgan.

Zarda bo'lishning uchrash ko'rsatkichi va intensivligi Likert shkalasi bo'yicha baholandi va quyidagi jadvalda tahlil natijalari keltirilgan.

Jadval 3.2.

Zarda bo'lish uchrash ko'rsatkichi va intensivligi bo'yicha bemorlar taqsimlanishi

Likert shkalasi bo'yicha ball	Bemorlar soni	
	N	%
1 bal	8	17,8
2 bal	8	17,8
3 bal	11	24,4
4 bal	12	26,7
5 bal	6	13,3
Jami	45	97,8

Yuqoridagi Jadval 3.2 dan ko'rinadiki, zarda bo'lish bezovta qilgan bemorlarning ko'pchilik qismi, ya'ni 12(26,7%) bemor o'zlaridagi o'zgarishga 4 ball berishgan, keyingi o'rinda 3 balli bemorlar 11 (24,4%), 1 va 2 ball bilan baholagan bemorlar soni 8 (17,8%) ta bemorni tashkil qilgan bo'lsa – 5 balli zarda bo'lish 6 (13,3%) bemorda kuzatilgan. O'zida zarda bo'lish intensivligini 5 ball bilan baholagan bemorlarda endoskopiya tekshiruvda reflyuks ezofagit belgilari aniqlangan.

Xiqichoq kuzatilishi tekshiruvimizdagi 12 (26,1%) bemorlarda aniqlangan. Ushbu bemorlarda xiqichoqning umumiy kuzatilishi yil davomida 3 oydan oshmagan.

Ko'ngil aynib, qayt qilish bezovta qilgan bemorlar soni 8 (17,4%) tani tashkil qilgan bo'lib, shundan qonli qayt qilish 2 (4,3%) ta bemorda, o'tli qayt qilish – 3 (21,7%) ta bemorda kuzatilgan.

Bundan tashqari, tekshiruvdagi bemorlarda GERK ning ekstraefageal belgilari namoyon bo'lgan bemorlar 21,7% ni tashkil qilgan. Ekstraefageal belgilar uchrash ko'rsatkichi quyidagicha tasvirlandi:

- ovozni o'zgarishi – 5 (8,8%) bemorda.
- yo'tal tutishi – 7 (12,3%) bemorda, shundan qisqa vaqt davom etgan -4 (57,1%) va uzoq vaqt davom etgan yo'tal – 3 (42,9%).

To'sh ortidagi og'riqni differensial diagnostika qilish maqsadida barcha bemorlarda elektrokardiografiya tekshiruvi o'tkazilgan. To'sh ortida og'riq kuzatilishi bizning tekshiruvimizdagi 32 (69,6%) bemorda kuzatilgan. Ushbu simptom barcha yoshdagi bemorlarni bir xil ko'rsatkichlarda bezovta qilgan. 2 (6,3%) ta bemorda to'sh ortidagi og'riq doimiy bezovta qilgan, 20(62,5%) ta bemorda tez-tez va 10 (31,3%) ta bemorda ba'zi-ba'zida bezovta qilgan. To'sh ortida og'riq kuzatilgan bemorlarda EKG tekshiruvida yurak ishemik kasalligiga xos belgilar aniqlanmadi.

Surunkali yo'tal tutishi GERK bilan og'riq 7 (12,3%) bemorlarni bezovta qilgan bo'lib, shundan 5 (71,4%) tasi yoshi 60 yoshdan katta bemorlarda kuzatilgan.

Klinik instrumental tekshiruv natijasida aniqlangan LOR a'zolari patologiyalari 5 (8,8%) bemorda kuzatilgan, shundan laringit 3 (60,0%) bemorda kuzatilgan, surunkali faringit – 1 (20,0%) va boshqa LOR kasalliklari – 1 (20,0%) bemorda kuzatilgan.

Tekshiruvdagi bemorlar ichida bronxial astma 3(5,3%) ta bemorda kuzatilgan bo'lib, shundan – 2 ta bemorda bronxial astmaning o'rta og'irlikda kechishi, - 1 ta bemorda yengil kechgan.

4 (7,0%) bemorlar anamnezida surunkali bronxit aniqlangan.

Bemorlar ruhiy holati, hayot tarzi zarda bo'lish ko'rsatkichi va qizilo'ngach endoskopik tekshiruv xulosasiga ko'ra taqsimlandi.

3.2. Zarda bo'lishning namoyon bo'lish ko'rsatkichiga ko'ra klinik belgilar namoyon bo'lishi.

Tekshiruvga olingan barcha bemorlarda zarda bo'lish har xil ko'rinishda bezovta qilgan. Likert shkalasi bo'yicha zarda bo'lish baholandi va ikkita guruhga bo'lindi. Birinchi guruhga – 27 (60,0%) bemorlar kiritilib, ularda zarda bo'lish yengil va o'rtacha (Likert shkalasi bo'yicha 2-3 ball) kuzatilgan. Ikkinchi guruhga – 18 (40,0%) ta bemor kiritilgan va ular zarda bo'lishni kuchli va o'ta kuchli baholashgan (Likert shkalasi bo'yicha 4-5 ball). Bemorlar jinsiga ko'ra zarda bo'lishning namoyon bo'lish ko'rsatkichi tahlili quyidagi Jadval 3.3. da keltirilgan.

Guruhlar orasida bemorlar yosh ko'rsatkichi, tana vazni indeksi va GERKning davomiyligi bo'yicha bir xil ko'rsatkichlarga ega bo'lgan. Jadvaldan ko'rinadiki, zarda bo'lish yengil va o'rtacha kuzatilgan bemorlarning asosiy qismini erkak jinsiga mansub bemorlar tashkil qilgan bo'lsa, kuchli ko'rsatkichlar zarda bo'lish kuzatilishi ko'proq ayollarda aniqlangan(Jadval 3.3).

Jadval 3.3

Zarda bo'lish namoyon bo'lishiga ko'ra bemorlar bemorlar jinsiga ko'ra taqsimlanishi

	I guruh		II guruh		Jami	
	N	%	N	%	N	%
Erkaklar	19	70,4	8	29,6	27	96,7
Ayollar	8	44,4	10	55,6	18	100
Jami	27	50,1	18	49,1	45	100

Guruhlardagi bemorlarda GERK ning asosiy klinik belgilarining namoyon bo'lishi ko'rsatkichi, kasallik davomiyligi va intensivligiga ko'ra, tahlil natijalari o'rtacha ballarda quyidagi Jadval 3.4 da keltirilgan.

Jadval 3.4

**GERK klinik simptomlarini namoyon bo'lishi ko'rsatkichlariga ko'ra
bemorlar taqsimoti (M±SD)**

Klinik belgilar	I guruh	II guruh
-zarda bo'lish	8,8±2,7	11,6±2,2
-Regurgitatsiya	7,1±2,7	9,1±3,1
- xavoli kekirish	8,7±3,0	10,0±2,7
- Disfagiya	6,1±2,7	7,9±2,9
- Odinofagiya	5,8±2,7	7,5±2,8

Jadval 3.4 ga ko'ra kasallikning klinik namoyon bo'lishi, kuzatilish ko'rsatkichi, anamnez davomiyligi va intensivligi shuni ko'rsatdiki, 2-guruhdagi bemorlarda regurgitatsiya, disfagiya, odinofagiya va kekirish 1-guruhdagi bemorlarga nisbatan ko'proq kuzatilgan.

Guruhlardagi bemorlarda GERK ning asosiy klinik belgilarini namoyon bo'lishi ko'rsatkichini Likert shkalasi bo'yicha baholash natijalari o'rtacha ballarda quyidagi Jadval 3.5 da keltirilgan.

Jadval 3.5

Simptomlar namoyon bo'lishini Likert shkalasi bo'yicha baholash

Klinik belgilar	I guruh	II guruh
- zarda bo'lish	2,7±0,4	4,3±0,5
- Regurgitatsiya	1,6±0,9	2,6±1,2
- xavoli kekirish	2,5±1,4	2,6±1,4
- Disfagiya	1,3±0,8	1,6±1,0
- Odinofagiya	1,2±0,7	1,3±0,9

Jadval 3.5 dan ko'rinadiki, birinchi guruhdagi bemorlarda Likert shkalasi bo'yicha zarda bo'lish ko'rsatkichi 2,7±0,4 ball, ikkinchi guruhdagi bemorlarda 4,3±0,5 ballni tashkil qilganligini ko'rish mumkin. Regurgitatsiya intensivligini Likert shkalasi bo'yicha yuqoriligi 2 – guruh bemorlarda statistik ahamiyatli darajada kuzatilgan. Ya'ni birinchi guruhdagi bemorlarda regurgitatsiya kuzatilishining o'rtacha ko'rsatkichi 1,6±0,9 ballni tashkil qilgan bo'lsa, ikkinchi guruhdagi bemorlarda ushbu ko'rsatkich 2,6±1,2 ballni tashkil qildi. Bundan ko'rinadiki, zarda bo'lish kuchli tarzda namoyon bo'lishi kasallikning

boshqa simptomlarini yaqqolrok namoyon bo'lishiga olib kelishi bilan harakterlanadi.

3.3. Bemorlar endoskopik tekshiruv tahlili natijalari.

Bemorlarning endoskopik tahlili bemorlar o'zlari bilan olib kelgan endoskopik tekshiruv natijalari va Ko'p tarmoqli markaziy shifoxona diagnostika bo'limida o'tkazilgan endoskopik tekshiruv natijalaridan foydalanildi. Endoskopik tekshiruvlar klinikaning vrach-endoskopistlari S.Ibragimov va K.Abbosovlar tomonidan amalga oshirilgan.

Tekshiruvlar natijasida GERK ning endoskopik negativ shakli va reflyuks-ezofagitlar Los-Andjeles sinflanishi bo'yicha namoyon bo'lish darajasi baholandi. Qizilo'ngachning endoskopik ko'rinishi davolashdan oldin va davolashning 2 haftasida tahlil qilindi. Bizning tekshiruvlarimizda Los Andjeles sinflanishiga ko'ra qizilo'ngach shilliq qavati IV daraja o'zgarishi (peptik yaralar) birorta ham bemorlarda aniqlanmadi. Endoskopik tekshiruv natijalari bemorlar jinsi, kasallik davomiyligi va tana vazni indeksiga ko'ra tahlili quyidagi Jadval 3.6. da keltirilgan.

Jadval 3.6

Bemorlar endoskopik tekshiruv natijasiga ko'ra bemorlar taqsimlanishi (Los-Andjeles sinflanishi)

	Qizilo'ngach sh/k o'zgarishsiz (n=9)	Kataral reflyuks- ezofagit (n=17)	Eroziv Reflyuks- ezofagit (n=20)
Ayollar	3(6,5%)	8(17,4%)	7(15,2%)
Erkaklar	6(13,0%)	9(19,6%)	13(28,3%)

Jami o'tkazilgan endoskopik tahlillarda qizilo'ngach shilliq qavatida organik o'zgarishlar aniqlanmagan bemorlar soni (GERK ning endoskopik negativ shakli) - 9 (19,6%) ta bo'lib, shundan – 3 (6,5%) ayollarni va 6 (13,0%) nafari erkaklarni tashkil qilgan. Kataral reflyuks ezofagit – 17 (37,0%) bemorda aniqlanib, erkaklar – 9 nafar(19,6%), ayollar – 8 nafar (17,4%), eroziv reflyuks ezofagit – 13 (40,0%) erkaklarda, - 7 (15,2%) ayollarda jami bo'lib – 20 nafar(43,5%) bemorda eroziv reflyuks ezofagit aniqlandi.

Aniqlangan endoskopik o'zgarishlarga ko'ra bemorlarni 3 ta guruhga bo'lib o'rganildi: birinchi guruh bemorlar – 9 (19,6%) qizilo'ngach shilliq qavatida shikastlanish belgilari yo'q; ikkinchi guruh – 17 (37,0%) bemorlar kataral reflyuks-ezofagit bilan; uchinchi guruh – 20 (43,5%) bemorlar eroziv reflyuks-ezofagit bilan.

Shuni ta'kidlash joizki, tahlil natijalari va Jadval 3.6 ma'lumotlariga ko'ra, aniqlangan endoskopik belgilar barcha guruhlarda ayollarga nisbatan erkaklarda ko'proq kuzatilgan (*Jadval 3.6*).

Guruhlarda bemorlar yoshi va tana vazni indeksi bo'yicha ko'rinarli farq kuzatilmadi, lekin eroziv reflyuks ezofagit bilan hastalangan bemorlarda kasallik davomiyligi ko'proq bo'lgan. Bu esa eroziv reflyuks ezofagitni kuzatilishi erkaklarda ko'proq kuzatilganligi va kasallikning uzoq vaqt davom etganligidan dalolat beradi.

Jadval 3.7

GERK endoskopik ko'rinishiga ko'ra klinik simptomlar tahlili
(M±SD)

	1 guruh (n=9)	2 guruh (n=17)	3 guruh (n=20)
Davolashdan oldingi simptomlar kuzatilishi, kasallik davomiyligi va intensivligini baholash, ballarda:			
- zarda bo'lish	10,2±2,3	9,9±2,9	9,3±3,5
- regurgitatsiya	8,4±2,6	7,9±3,3	7,9±3,1
- xavoli kekirish	9,0±2,5	9,2±3,1	8,7±3,0
- Disfagiya	5,4±2,2	7,1±2,9	7,2±2,3
- Odinofagiya	5,3±2,6	6,8±3,0	7,2±2,0
Simptomlar namoyon bo'lishini Likert shkalasi bo'yicha baholash, ballarda			
- Zarda bo'lish	3,2±1,0	3,3±0,9	3,1±1,2
- Regurgitatsiya	1,9±1,1	2,0±1,2	2,1±1,0
- Kekirish	2,2±1,0	2,5±1,4	2,6±1,3
- Disfagiya	1,2±0,6	1,5±1,0	1,5±0,7
- Odinofagiya	1,0±0,1	1,3±0,8	1,4±0,9

Kasallik simptomlari zarda bo'lish, regurgitatsiya va kekirishni kuzatilish ko'rsatkichi, davomiyligi va intensivligini guruhlar o'rtasida o'rganib chiqilganda ko'rinarli darajada farq aniqlanmadi (*Jadval 3.7*). Faqatgina

disfagiya va odinofagiya kuzatilishi reflyuks ezofagitlarga (kataral va eroziv) xosligi aniqlandi.

3.4.Gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan hastalangan bemorlarning asab-ruhiy buzilishlarini baholash.

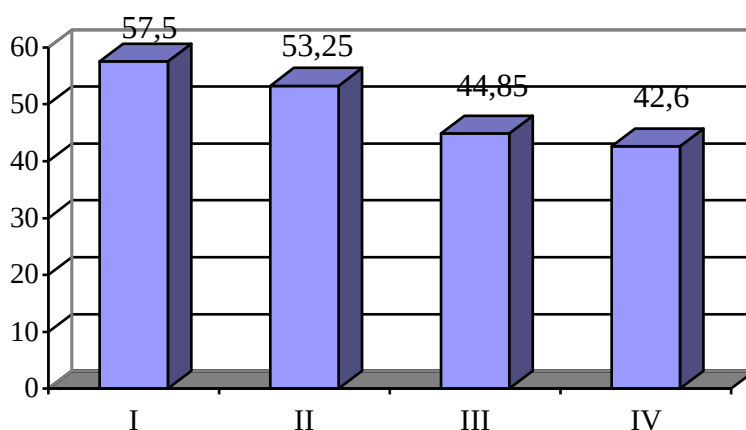
Zarda bo'lish bemorlarning hayot tarzi, ruhiy va vegetativ holatiga yetarlicha negativ ta'sir ko'rsatadi. Bunday o'zgarishlar SAN va Veyn so'rovnomalaridan foydalangan xolda baholandi.

“SAN” testi natijalari: GERK bilan hastalangan 46 nafar bemorlarda "SAN" testi so'rovnomasi o'tkazilganda, 35 (76,1%) nafar bemorlarda turli darajada ifodalangan astenizatsiya holati aniqlandi. Kolgan 11 nafar (23,9%) bemorlarda astenizatsiya holati kuzatilmagan. “SAN” testi bo'yicha olingan ma'lumotlarni bemorlarning jinsiga karab tahlil qilganimizda 18 nafar ayollardan 15 nafarida (83,3%) astenizatsiya belgilari kuzatilib, uch nafarida (16,7%) astenizatsiya belgilari kuzatilmagan. Tekshirilgan 28 nafar erkaklardan 20 nafarida (71,4%) astenizatsiya yaqqol aniqlanib, 8 nafarida (28,6%) astenizatsiya holati mutlok kuzatilmagan.

46 nafar tekshirilgan bemorlardan 19 nafarida (41,3%) o'zini xis etish «S-samochustvie» ko'rsatkichi me'yor (50 ball va yuqori) dan past bo'lib, o'rtacha $36,5 \pm 3,03$ ballni tashkil qilgan bo'lib, qolgan 27 nafar (58,7%) bemorlarda o'zini xis etishi me'yor chegarasida bo'lgan. Jami tekshirilgan bemorlardagi o'zini xis etish ko'rsatkichi o'rtacha $48,8 \pm 1,8$ ball bo'lgan. SAN testi so'rovnomasi natijalari bemorlarning jinsi bo'yicha tahlil qilinganda, tekshirilgan 18 ta ayollarning 12 nafarida (66,7%) o'zini xis etish ko'rsatkichi me'yordan past bo'lib, qolgan 6 nafar (33,3%) bemor ayollarda me'yoriy ko'rsatkich chegarasida bo'lgan. Ayollarda o'zini xis etish ko'rsatkichi o'rtacha $39,66 \pm 7,17$ ballni tashkil etgan. Erkaklarning 7 nafarida (25,0%) o'zini xis etishning yomonlashuvi kuzatilib, qolgan 21 nafar (75,0%) erkaklarda o'zini xis etish me'yorda bo'lgan. Erkaklardagi o'zini xis etish ko'rsatkichi o'rtacha $45,1 \pm 1,56$ ballni tashkil etgan.

GERK davomiyligi bo'yicha «SAN» testi so'rovnomalariga berilgan javoblar tahlil qilinganda, (Diagramma 3.1) GERK simptomlari birinchi marta aniqlangandan, o'tgan davr uzoqlashgan sari bemorlarning holati, ya'ni o'zini xis etishi tobora yomonlashgan va ball ko'rsatkichi pasaygan.

Diagramma №3.1. Bemorlarnng o'zini xis etish ko'rsatkichining GERK davomiyligi bo'yicha ko'rinishi



I – GERK birinchn marta aniqlangan bemorlar

II – GERK anamnezi bir yilgacha bo'lgan bemorlar

Sh – GERK anamnezi uch yilgacha bo'lgan bemorlar

IV – GERK anamnezi uch yildan ortiq bo'lgan bemorlar.

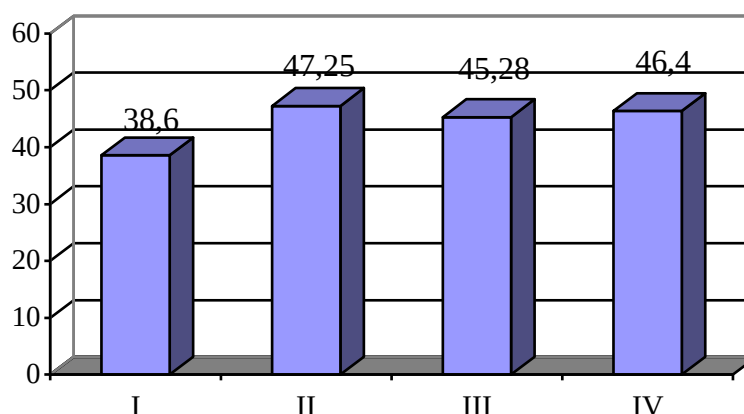
GERK birinchi marta aniqlangan bemorlarni o'zini xis etishning o'rtacha ko'rsatkichi $57,5 \pm 1,02$ ballni tashkil qilib, bu ko'rsatkich me'yor darajasida bo'lgan. Kasallik aniqlangandan so'ng bir yil vaqt o'tgach, kasallik ko'zg'alish davrida bemorlarda o'zini xis etish ko'rsatkichi o'rtacha $53,25 \pm 1,6$ ballni tashkil qilib, bu ko'rsatkich me'yordan past bo'lgan va GERK belgilari birinchi marta aniqlangan bemorlarning o'rtacha ko'rsatkichidan 4.25 ballga past bo'lib, bu ko'rsatkich statistik ishonarli farq qilgan ($R < 0.01$).

GERK aniqlangandan so'ng 3 yil vaqt o'tgach, GERK ko'zg'alish davrida bemorlarda o'zini xis etish ko'rsatkichi $44,85 \pm 5,22$ ballga teng bo'lgan ko'rsatkich GERK birinchi marta aniqlangan bemorlardagi ko'rsatkichdan 11

ballga past bo'lib, statistik ishonarli farqga ega bo'lgan ($R < 0.01$), ammo GERK davomiyligi bir yil bo'lgan bemorlarning o'rtacha ko'rsatkichidan 8.4 ballga past bo'lsada, bu ko'rsatkich statistik ishonarli farq qilmagan. GERK anamnezi uch yil va undan ortiq bemorlarning o'zini xis etishi yomonlashuvi yana ham chuqurlashib borib, $42,6 \pm 3,48$ ballgacha pasaygan. Bu ko'rsatkich birinchi va ikkinchi guruh bemorlarining o'rtacha ko'rsatkichidan statistik ishonarli farqga ega bo'lgan ($R < 0,05$), ammo GERK anamnezi 3 yilgacha bo'lgan bemorlarning o'rtacha ko'rsatkichidan past bo'lsada, bu ko'rsatkich statistik ishonarli farqga ega bo'lmagan ($R > 0,05$).

“SAN” testi ikkinchi faollik ko'rsatkichi GERK bilan hastalangan 46 nafar bemorlardan 33 nafarida (71,7%) me'yordan past ko'rsatkichga ega bo'lib, faollik bu bemorlarda o'rtacha $39,72 \pm 1.40$ ballni tashkil qilib, qolgan 13 nafar (28,3%) bemorlarda me'yor chegarasida bo'lgan. Jami tekshirilgan bemorlardagi faollik ko'rsatkichi o'rtacha $46,03 \pm 1.86$ ballni tashkil qilgan. Faollik darajasi jinsga ajratib tahlil qilinganda, tekshirilgan 18 nafar ayollardan 13 nafarida (72,2%) faoliyat ko'rsatkichi me'yoridan past bo'lib, 5 nafar (27.8%) ayollarda me'yorda bo'lgan. Ayollardagi faollik ko'rsatkichi o'rtacha 44 ± 5.96 ball bo'lgan. Tekshirilgan 28 nafar erkaklardan 20 nafarida (71,4%) faollik darajasi pasayganligi kuzatilib, qolgan 8 nafar (28,6%) bemor erkaklarda bu ko'rsatkich me'yorida bo'lgan. Erkaklardagi faollik ko'rsatkichi o'rtacha $38,5 \pm 2,02$ ballni tashkil etgan. Erkaklarda o'rtacha ko'rsatkich ayollardagi o'rtacha ko'rsatkichdan 2,5 ballga yuqori bo'lsada bu ko'rsatkich statistik ishonarli farqga ega bo'lmagan ($r > 0,05$).

Diagramma № 3.2. Bemorlarnng faollik ko‘rsatkichining GERK davomiyligi bo‘yicha ko‘rinishi



I – GERK birinchi marta aniqlangan bemorlar

II – GERK anamnezi bir yilgacha bo‘lgan bemorlar

Sh – GERK anamnezi uch yilgacha bo‘lgan bemorlar

IV – GERK anamnezi uch yildan ortiq bo‘lgan bemorlar.

GERK tashxislangandan keyin tekshirish o‘tkazgan vaqtga kadar o‘tgan davr, ya’ni kasallikning davomiyligi bo‘yicha faollik darajasi o‘zgarishini tahlil etilganda, (Diagramma№ 3.2) eng past ko‘rsatkich GERK birinchi marta aniqlangan bemorlarda kuzatilib, o‘rtacha $38,6 \pm 5,3$ ball bo‘lgan. GERK anamnezi bir yilgacha bo‘lgan bemorlarda faollik darajasi o‘rtacha $47,25 \pm 2,18$ ballni tashkil qilib, davomiyligi uch yilgacha bo‘lgan bemorlarda $45,28 \pm 5,37$ ballni tashkil etgan. GERK anamnezi uch yildan ortiq bo‘lgan bemorlardagi faollik ko‘rsatkichi o‘rtacha $46,4 \pm 2,34$ ballni tashkil qilgan.

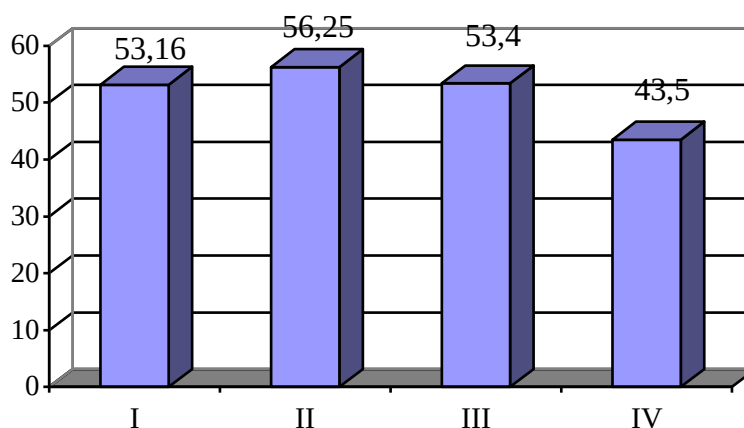
«SAN» testining uchinchi ko‘rsatkichi – kayfiyat (N- nastroenie) ko‘rsatkichi tahlil qilinganda, tekshirilgan 46 nafar bemordan 21 nafarida (45,7%) kayfiyatning qabul qilingan me’yordan (54 ball va undan yuqori) pasayishi kuzatilib, bu bemorlardagi kayfiyatning o‘rtacha ko‘rsatkichi $44,3 \pm 1,66$ ballni tashkil qilgan, kolgan 25 nafar (54,3%) bemorlarda kayfiyat ko‘rsatkichi $52,66 \pm 1,35$ ballni tashkil qilgan.

Tekshiruvdagi ayollarning 12 nafarida (66,7%) kayfiyatning pasayishi kuzatilib, 6 (33,3%) nafar ayollarda kayfiyat ko‘rsatkichi me’yorda bo‘lgan.

Ayollardagi oʻrtacha kayfiyat koʻrsatkichi $51,83 \pm 2,29$ ball boʻlgan. Erkaklarning 9 nafari (32,1%) da kayfiyatning pasayishi kuzatilib, 19 ta (67,9%) erkaklarda kayfiyat koʻrsatkichi meʼyorida boʻlgan. Erkaklardagi oʻrtacha kayfiyat koʻrsatkichi $43,5 \pm 1,56$ ballni tashkil qilgan.

GERKning anamnezi boʻyicha kayfiyatning oʻzgarishi tahlil qilinganda, Diagramma № 3.3 dan koʻrinib turganidek, kasallik birinchi marta aniqlangan bemorlarda oʻrtacha $53,16 \pm 3,4$ ball boʻlgan.

Diagramma №3.3. Bemorlarning kayfiyat koʻrsatkichining GERK davomiyligi boʻyicha koʻrinishi



I – GERK birinchi marta aniqlangan bemorlar

II – GERK anamnezi bir yilgacha boʻlgan bemorlar

Sh – GERK anamnezi uch yilgacha boʻlgan bemorlar

IV – GERK anamnezi uch yildan ortiq boʻlgan bemorlar.

GERK anamnezi bir yilgacha boʻlgan bemorlarda $56,25 \pm 6,5$ ball, kasallik davomiyligi 3 yilgacha boʻlgan bemorlarda $53,4 \pm 3,1$ ball boʻlgan. GERK uch yildan ortiq davom etgan bemorlarda eng past koʻrsatkich kuzatilib, oʻrtacha ball $43,5 \pm 3,77$ boʻlgan.

Bu holat bemorlarning oʻzini GERK bilan hastalanganligidan xabar topishi kuchli ruhiy shikastlovchi omil boʻlib, keyinchalik bemorlarda adaptatsiya xosil boʻlganligi hisobiga boʻlishi mumkin.

«San» testining uchala ko‘rsatkichining birgalikda o‘zgarishi, ya’ni o‘zini xis etish, faoliyati va kayfiyatining me’yordan past balda bo‘lishi tekshirilgan 46 nafar bemorlardan 13 nafarida, jumladan 6 nafar ayollarda va 7 nafar erkaklarda kuzatilgan. Ushbu bemorlarning GERK anamnezi o‘rganilganda ulardan 12 nafari GERK bilan uch yildan ortik vaqtdan buyon kuzatilib kelgan bo‘lib, faqatgina 1 nafar bemorning kasallik anamnezi ikki yilni tashkil qilgan. «SAN» testining ikkita ko‘rsatkich bo‘yicha – kayfiyat va faoliyatning pasayishi faqat 5 nafar (10%) bemorlarda kuzatilgan. 3 nafar (6%) bemorlarda o‘zini xis etish va faoliyati me’yoridan past ko‘rsatkichga ega bo‘lgan. Ikki nafar (4%) bemorda o‘zini xis etish va kayfiyat ko‘rsatkichining pasayishi kuzatilgan.

Bundan tashqari zarda bo‘lish intensivligini bemorlar ruhiy holatiga ta’sirini SAN so‘rovnomasi bo‘yicha tahlil qilinganda quyidagi natijalar kuzatildi (*Jadval.3. 8*).

Bundan ko‘rinadiki, zarda bo‘lishning namoyon bo‘lish ko‘rsatkichi GERK ning boshqa klinik simptomlari kuzatilishiga, bemor ruhiy holatiga: ya’ni, kayfiyatiga, hayot sifatini pasayishiga va ruhiy dezadaptatsiya belgilarini rivojlanishiga ta’sir ko‘rsatadi. Yuqoridagi keltirilgan tahlildan kasallik simptomini namoyon bo‘lishi yoki bemor ruhiy buzilish birlamchiligini aniqlash qiyin, lekin bu belgilar bir birini qo‘zg‘atib patologik xalka xosil qiladi.

Jadval № 3. 8

Zarda bo‘lish namoyon bo‘lishi ko‘rsatkichini bemorlar xayot sifati va ruhiy holatiga ta’siri

	Zarda bo‘lish ko‘rsatkichi, ball $M \pm SD$	
	Engil yoki o‘rta	Kuchli yoki uta kuchli
SAN – o‘zini xis qilish	$4,7 \pm 1,1$	$4,1 \pm 1,3$
SAN – aktivlik	$4,3 \pm 0,7$	$4,3 \pm 1,0$
SAN – kayfiyat	$5,1 \pm 1,1$	$4,6 \pm 1,2$

Keltirilgan ma’lumotlar shuni ko‘rsatadiki, GERK bilan og‘rigan bemorlarda zarda bo‘lishining namoyon bo‘lish darajasiga ko‘ra bemorlar ruhiy holati ham har xil turda o‘zgaradi. Bularda ko‘proq nevrotik va depressiv, ipoxondrik va kasallik klinik belgilaridan bezovtalanish hamda hayot tarzini

buzilishi kabi o'zgarishlar kuzatildi. Kuchli zarda bo'lish kuzatilgan bemorlarning yarmida kasallikga gipernozognozik reaksiya kuzatilgan.

Xulosa qilib shuni ta'kidlash joizki, tekshiruvimizdagi bemorlarning asosiy qismini zarda bo'lishning har xil darajada kuzatilishi bezovta qilgan.

Zarda bo'lish umumiy hisobda – 45 ta (97,8%) bemorda kuzatilgan bo'lib, shundan – 33(64,7%) bemorni zarda bo'lish kunda bezovta qilgan. Zarda bo'lish intensivligi bemorlar yoshi ko'tarilgan sari pasayib borgan. 60 yoshgacha bo'lgan bemorlarda zarda bo'lish 26(92,9%) kuzatilgan bo'lsa, 60 yoshdan katta bemorlarda – 19 (88,9%) bemorda kuzatilgan.

Bemorlarning ko'pchilik qismi zarda bo'lish ko'rsatkichini 5 ball bilan baholashgan va bu uz navbatida kasallikning boshqa simptomlarini yaqqolrok namoyon bo'lishiga olib kelgan. Zarda bo'lish bemorlarning umumiy holati va hayot tarziga yetarlicha negativ ta'sir ko'rsatganligi SAN so'rovnomasida ham o'z tasdig'ini topgan. Bundan tashqari zarda bo'lish intensivligi yuqori kuzatilgan bemorlarni kayfiyat ko'rsatkichlarini pasayganini ko'rsatadi.

O'tkazilgan endoskopik tahlillarda qizilo'ngach shilliq qavatida ko'rinarli o'zgarishlar yo'q, ya'ni GERB ning endoskopik negativ shakli – 9 (19,6%) ta, kataral reflyuks ezofagit – 17 (37,0%) ta, eroziv reflyuks ezofagit – 20 (43,5%) ta bemorda aniqlangan.

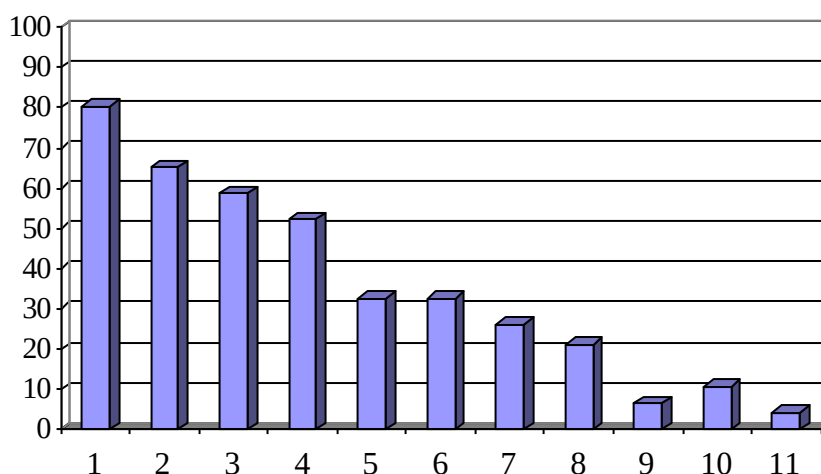
Endoskopik negativ va kataral reflyuks ezofagit aniqlangan bemorlar eroziv reflyuks ezofagit bilan og'rigan bemorlarga nisbatan SAN so'rovnomalarida past baho berishgan.

Bemorlarda kuzatilgan morfologik o'zgarishlar va psixonevrologik o'zgarishlarni yetarlicha baholash davolash natijalarining yaxshilanishga va samaradorligini ortishiga olib keladi.

A.M. Veyn so'rovnomasining natijalari tahlili: A.M. Veyn tomonidan ishlab chiqilgan so'rovnomaning birinchi qismi (bemor tomonidan to'ldiriluvchi qismi) natijalari tahlil etilganda, tekshirilgan 46 nafar bemorlardan 41 nafarida (89,1%) turli darajadagi vegetativ disfunksiya belgilari xayajonlanganda yuzning kizarishi, qo'l va oyoq kaftining uyushishi, yurak o'ynashi, turli xid va

issiq va sovuq xavoda o'zini yomon xis qilish, kayfiyatning tez o'zgarishi, tomir urishi va arterial kon bosimining labilligi kuzatilgan. Shu jumladan, tekshirilgan 18 nafar ayollarning barchasida (100%) vegetativ siljishlar kuzatilgan bo'lib, bu bemorlarda vegetativ disfunktsiya darajasi o'rtacha $35,33 \pm 2,31$ ballga teng bo'lgan. Erkaklarning 23 nafari (82,1%) da vegetativ siljishlar aniqlangan va erkaklardagi vegetativ siljishlar o'rtacha ko'rsatkichi ayollardagi vegetativ siljish ko'rsatkichidan pastrok bo'lib, o'rtacha $22,25 \pm 1,31$ ballni tashkil qilgan. Jami bemorlardagi vegetativ disfunktsiya darajasi o'rtacha $24,86 \pm 1,33$ ball bo'lgan.

Diagramma № 3.4 GERKda vegetativ disfunktsiya belgilarining bemorlar orasida uchrashi.



1- xurujli bosh og'rishi, 2- yurak o'ynashi yoki to'xtab qolish xissi, 3- ish kobilyatining pasayishi, 4- xayajonlanish 5- ko'p terlash. 6- uyquning buzilishi, 7 – xavo yetishmaslik xissi, 8 – ich kelishning noorganik buzilishi, 9 – qo'l va oyoq kafti rangini o'zgarishi, 10 – qo'l va oyoq kaftlari sovketishi va uyushishi, 11- xushdan ketish holatlari.

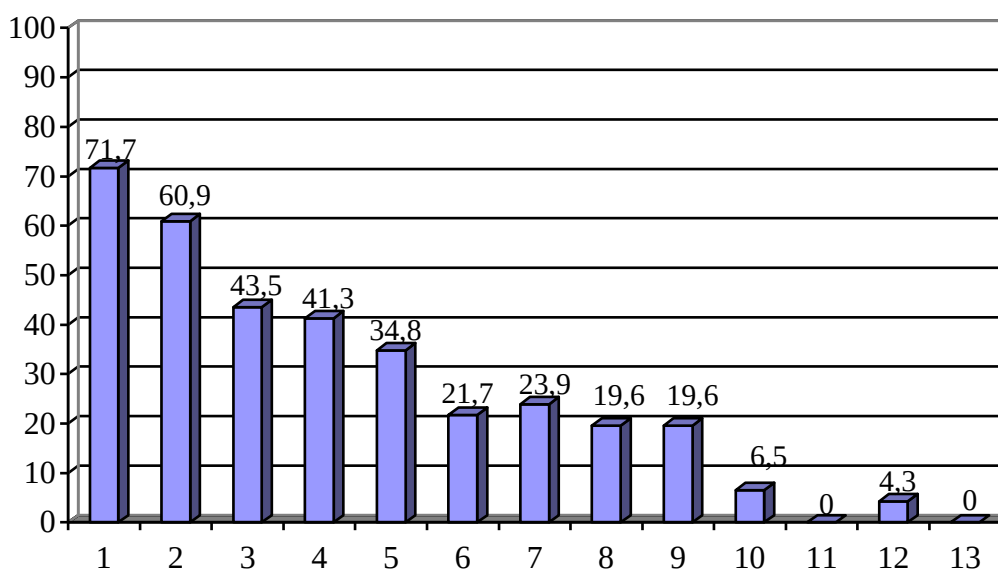
Vegetativ disfunktsiya belgilari tekshirilgan 46 nafar bemorlardagi uchrash darajasi quyidagi oltinchi diagrammada keltirilgan bo'lib, bu belgilar asosan xurujli bosh og'rishi, yurak uynashi yoki to'xtab kolish xissi bo'lishi, ish kobilyatining pasayishi, xayajonlanganda yuzning kizarishi yoki okarishi, uyquning buzilishi, ko'p terlash, xavo yetishmaslik xissi bo'lishi va boshqalar.

Diagramma № 3.4 dan ko‘rinib turibdiki, xurujli bosh og‘rishi 37 (80,4%) nafar bemorda, yurak uynashi- yurakning xurujli tez urishi yoki yurakning to‘xtab kolish xissi bo‘lishi 30 (65,2%) nafar bemorda, ish qobiliyatining pasayishi 27 (58,7%) nafar bemorda, xayajonlanganda yuzning kizarishi yoki okarishi 24 (52,2%) nafar bemorlarda kuzatilgan. Uyquning buzilishi va ko‘p terlash 15 nafar (32,6%) bemorlarda kuzatilgan. 12 (26,1%) nafar bemorlarni nafas yetishmaslik xissi bo‘lishi, to‘sh ortidagi va tomoqdagi tiqilish xissi bo‘lish bezovta qilgan. ichki a‘zolar patologiyasiga bog‘liq bo‘lmagan ich kelishining buzilishi 10 nafar (21,2%) bemorlarda kuzatilgan. Qo‘l va oyoq kaftlarining uyushishi va sovuq kotishi 3 nafar (6,5%), qo‘l va oyoq kafti rangining o‘zgarishi 5 ta (10,9%), xushdan ketish holatlari 2 (4,3%) nafar bemorlarda kuzatilgan.

Bemorlardagi vegetativ disfunktsiya belgilarning qo‘shilib buzilishi tahlil qilinganda, uchtagacha belgining qo‘shilib kelishi 12 (26,1%) nafar bemorlarda kuzatilgan. Beshtagacha belgilarning qo‘shilib kelish 21 (45,7%) nafar bemorlarda, 6 tadan 8 tagacha belgilarning birga qo‘shilib kelishi 13 (28,3%) nafar bemorlarda kuzatilgan.

So‘rovnomaning ikkinchi qismi – vrach tomonidan to‘ldirilgan qismida olingan axborotlar tahlil etilganda, tekshirilgan 46 nafar bemorlarning har ikkitasidan bittasida (50%) bemorlarda turli darajadagi vegetativ buzilish holatlari aniqlangan bo‘lib, bu bemorlardagi vegetativ buzilishlar darajasi o‘rtacha $33,06 \pm 1,49$ ballni tashkil qilgan. Vegetativ buzilish belgilari erkaklarga nisbatan ayollarda ko‘proq (83,3%) ni tashkil qilgan, barcha tekshirilgan 46 nafar bemorlardagi vegetativ buzilish darajasi o‘rtacha $25,06 \pm 1,49$ ball bo‘lgan. Vegetativ disfunktsiya belgilarining bemorlardagi tarqalishi quyidagi diagrammada keltirilgan.

Diagramma № 3.5 Vegetativ disfunksiya belgilarining uchrash darajasi



1 – qo‘zgaluvchanlik, sarosima, astenizatsiya holatlari; 2 – sovuq, issiq xavo va turli xidlarning yoqmasligi, 3 – 10 daqiqadan ortiq davom etuvchi qizil dermografizm, 4 – teri qoplamlari rangini o‘zgarishi – «tomirli taqinchoq» simptomi, 5 – xavo o‘zgarganda kayfiyatning buzilishi, 6 – organik kasallikka bog‘liq bo‘lmagan ich kelishining buzilishi, 7 – ko‘p terlash, 8 arterial kon bosimining labilligi, 9 – tomir urishi soni labilligi, 10 – nerv-mushak qo‘zg‘aluvchanligining ortishi, 11 – giperventilyatsion sindrom, 12 – vegeto-qon-tomir krizlar, migren, 13 – organik kasallikka bog‘liq bo‘lmagan tana haroratining o‘zgarishi.

Diagrammadan ko‘rinib turibdiki, qo‘rquv, vaxima, emotsional labillik, qo‘zg‘aluvchanlik, astenizatsiya, sarosima holati eng ko‘p 33 (71,7%) nafar bemorlarda kuzatilgan. Keyingi urinlarda sovuq, issiq xavoni va har – xil xidlarni ko‘tara olmaslik – 28 nafar (60,9%), 10 minutdan uzoq davom etuvchi dermografizm – 20 (43,5%) nafar, teri rangining qisqa muddatli o‘zgarishi «tomirli taqinchoq», marmarsimon teri simptomlari 19 nafar (41,3%), xavo o‘zgarganda kayfiyatning o‘zgarishi 16 (34,8%) nafar, ko‘p terlash 11 (23,9%) nafar, ich kelishining organik kasallikka bog‘liq bo‘lmagan buzilishi 10 (21,7%) nafar, yurak urishi sonining va arterial bosimning labilligi 9 nafar (19,6%) bemorlarda kuzatilgan.

Kam kuzatilgan belgilardan nerv mushak qo‘zg‘alishining buzilish simptomlari – «xartumcha», «akusher qo‘li» va «balerina oyog‘i» kabi

simptomlar, 3 (6,5%) nafar bemorlarda. Vegetotomir xurujlari, migren, xushdan ketishlar 2 (4,3%) nafar bemorlarda kuzatilgan. Somatik kasalliklarsiz tana haroratining o'zgarishi bironta bemorda ham kuzatilmagan.

Belgilarning qo'shilib kelishi tahlil qilinganda uchtagacha belgilarning birga kelishi 24 (52,2%) nafar bemorlarda kuzatilgan. beshtagacha belgilarning birga kelishi va oltitadan ortiq belgilarning birga kelishi teng – 11 (23,9%) nafar bemorlarda kuzatilgan.

Gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan hastalangan bemorlarni kompleks davolash natijalari.

GERK ning davolash maqsadlari kasallik simptomlarini tezda bartaraf qilish va uni nazorat qilish, bemor umumiy holati, vegetativ buzilishlar va ruhiy holatini yaxshilash, kasallik asoratlarini, avvalo, reflyuks ezofagitni davolash va oldini olishga karatilgan. GERK simptomlarini nazorat qilish va asoratlarini bartaraf qilishda proton pompa ingibitorlari samarali ta'sir ko'rsatadi [2, 36, 52, 53, 58, 68].

Oldimizga qo'yilgan maqsad va vazifalardan kelib chiqib nazoratimizdagi bemorlarni ikkita guruhga bo'lib o'rganildi. Quyidagi Jadval 3.9 da guruhlar orasidagi bemorlar jinsi, o'rtacha yosh ko'rsatkichi, endoskopik, SAN va Veyn so'rovnomalari davolashdan oldingi tahlili bo'yicha taqsimoti ko'rsatib o'tilgan.

Ikkala guruhdagi bemorlar soni erkak va ayollar nisbati, yosh ko'rsatkichi, klinik-endoskopik va ruhiy, vegetativ buzilishlar bo'yicha bir xilda ko'rsatkichlarga ega.

Birinchi guruhga 23 ta bemor jalb etilib, shundan 14 tasi erkak va 9 tasi ayol jinsiga mansub. Bemorlarni davolashda ularning endoskopik tahlili asos qilib olindi (Ris 1.). Ikkinchi guruhdagi bemorlar ham 23 ta bo'lib 14 ta erkak va 9 tasi ayol jinsiga mansub bo'lib, bu guruhdagi bemorlarga odatiy davolash usulidan foydalanildi (Rasm 2).

**Guruhlar orasidagi bemorlar jinsi, oʻrtacha yosh koʻrsatkichi, endoskopik,
SAN va Veyn soʻrovnomalari davolashdan oldingi tahlili**

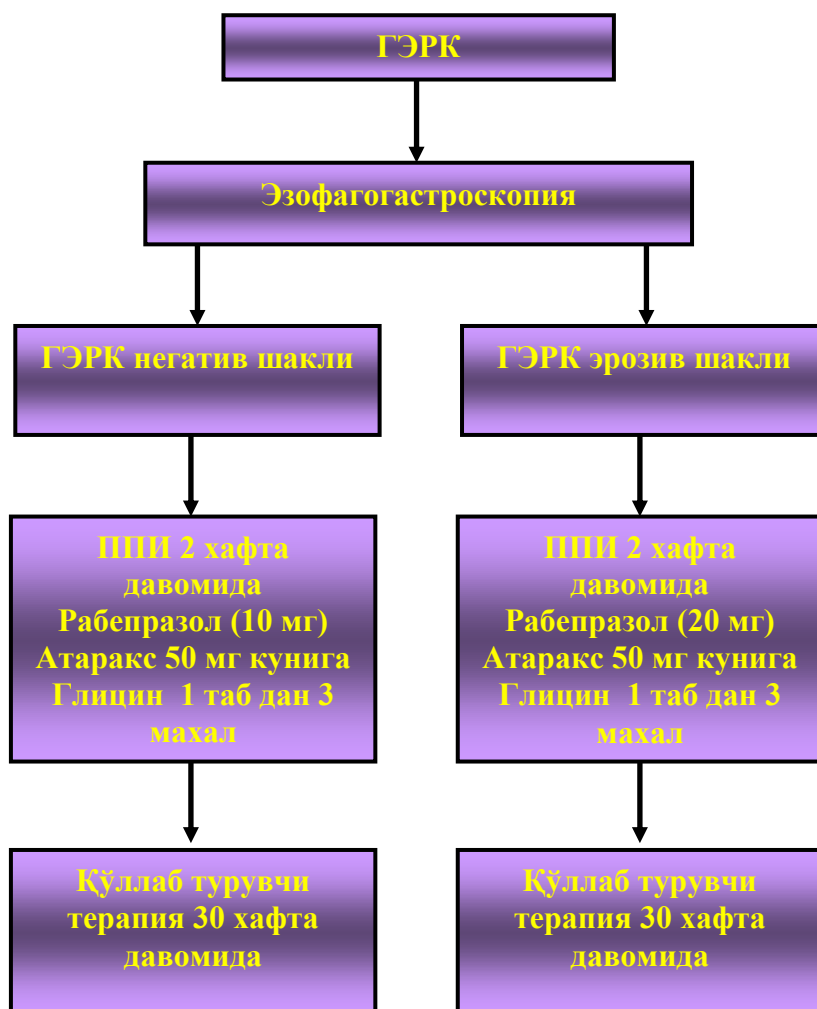
	I guruh		II guruh	
	GERK negativ va kataral ezofagit shakli	GERK eroziv shakli	GERK negativ va kataral ezofagit shakli	GERK eroziv shakli
Erkaklar	8	6	7	7
Ayollar	5	4	6	3
Oʻrtacha yoshi	47,2±14,8	47,4±15,1	47,1±14,7	47 ±14,6
Likert shkalasi boʻyicha zarda boʻlish oʻrtacha	3,2±0,9	3,3±1,2	3,3±1,0	3,1±1,2
Veyn soʻrovnomasi	15,68±0,98	15,68±0,98	18,78±1,02	18,78±1,02
SAN – oʻzini xis qilish	4,2±1,2	5,0±1,1	4,2±1,2	5,1±1,1
SAN – aktivlik	4,4±0,8	4,5±1,0	4,3±0,8	4,4±1,0
SAN – kayfiyat	4,6±1,1	5,2±0,9	4,5±1,1	5,3±0,9

Davolash algoritmiga koʻra, bemorlar EFGDS tahliliga asoslanib, Rabeproazol preparati tanlandi. GERK ning negativ va kataral ezofagit aniqlangan bemorlarga Rabeprazol 10mg kuniga tavsiya etildi. Eroziv ezofagit aniqlangan bemorlarga Rabeprazol miqdori ikki barobar oshirilib, kuniga 20mg dan tavsiya etildi.

GERK bilan ogʻrigan bemorlarda turli sedativlar, uyqu dorilar va trankvilizatorlarning baʼzi xillari hazm trakti diskineziyasiga olib kelishi munosabati bilan nerv-ruhiy faktorlar va stress holatlarni bartaraf qilish maqsadida Ataraks (gidroksizin gidroxlorid) va glitsin tanlab olindi.

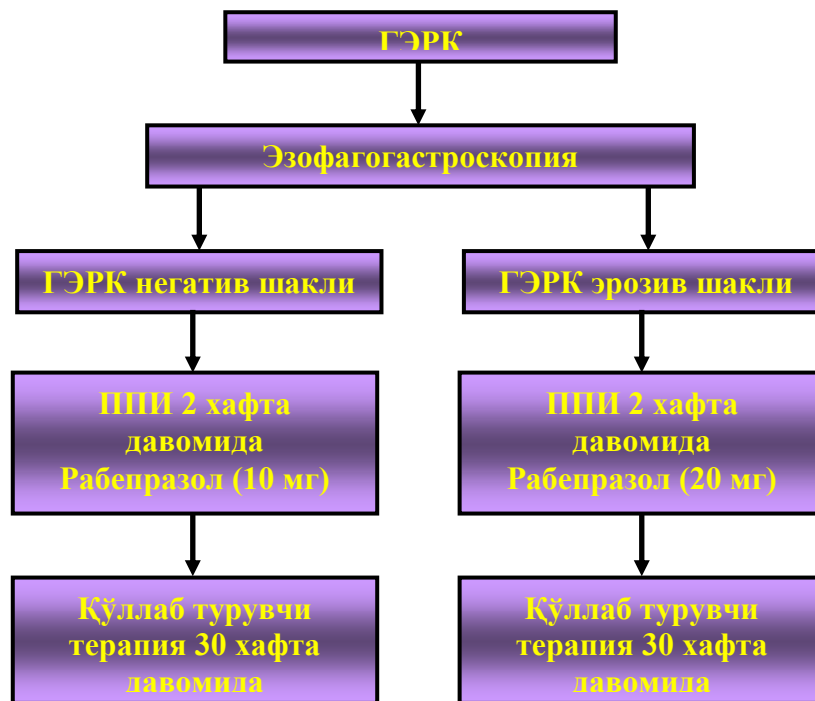
Gidroksizin oshqozon sekresiyasini kamaytiradi, oshqozon shirasi tarkibidagi pepsin va xlorid kislota miqdorini pasaytirishi (antixolinergik taʼsir) bilan birga, markaziy sedativ va vegetostabillovchi taʼsirga ega. Shu xususiyati orqali GERK va funksional dispepsiyani davolashda qoʻllaniladi [10].

Birinchi guruhdagi bemorlarga Rabeprazol 20 mg, Ataraks 50 mg kuniga sxema asosida (12,5 mg ertalab, 12,5 mg tushlikda va 25 mg kechkurun) tarzida va Glitsin 1 tabletkadan 3 mahal til ostiga tavsiya etildi.



Rasm. 1. I guruh bemorlarini davolash algoritmi

Ikkinchi guruhdagi bemorlar faqatgina GERK ning endoskopik ko‘rinishiga ko‘ra, Rabeprazol ichish tavsiya etildi.



Rasm 2. II guruh bemorlarini davolash algoritmi

Davolash natijalari 2 haftadan so‘ng klinik endoskopik, ruhiy va vegetativ buzilishlari anketa so‘rovnomalari, SAN va Veyn so‘rovnomalaridan foydalanib aniqlandi.

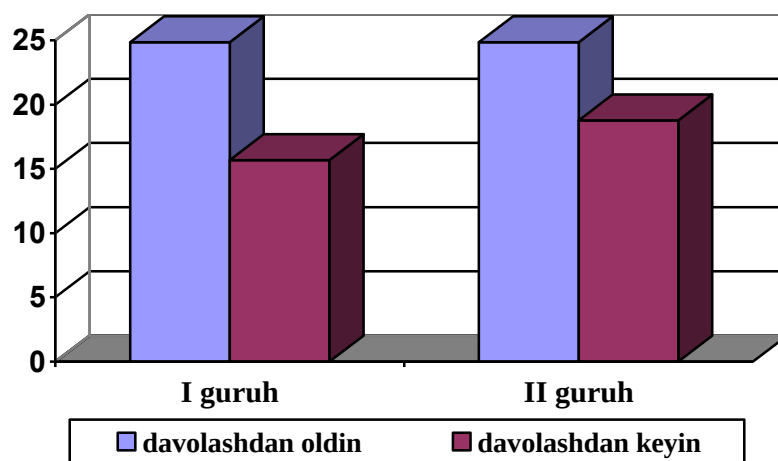
Birinchi guruhdagi bemorlarda (Rabeprazol+ Ataraks + Glitsin) davolashning ilk kunlaridayok zarda bo‘lishning namoyon bo‘lish ko‘rsatkichi pasaya boshlagan. Bemorlarning 43,5% da zarda bo‘lish va 34,8% da regurgitatsiya namoyon bo‘lishi pasaygan. Ikkinchi guruhdagi bemorlarda ushbu ko‘rsatkichlar munosib ravishda 21,7% ga 17,4% ni tashkil qilgan. 14 kunlik davolashdan so‘ng birinchi guruhdagi bemorlarning 91,3% zarda bo‘lish tula bartaraf bo‘lgan, ikkinchi guruhdagi bemorlarda zarda bo‘lish 73,9% bartaraf bo‘lganligi aniqlangan. Regurgitatsiya birinchi guruhdagi bemorlarda 100%, ikkinchi guruhdagi bemorlarda 87,0% da bartaraf bo‘lganligi kuzatilgan. Disfagiya, ko‘ngil aynishi va odinofagiya ikkala guruhda ham kuzatilmaganligi aniqlangan. Epigastral sohadagi og‘riq 4,3% ikkinchi guruhdagi bemorlarda saqlanib qolganligi kuzatildi.

Bemorlarning vegetativ buzilishlarni davolashdan keyingi holati o‘rganib chiqilganda birinchi guruhdagi bemorlarda vegetativ buzilishlar o‘rtacha

15,68±0,98 ni tashkil qilgan, ikkinchi guruhdagi bemorlarda ushbu ko'rsatkich 18,78±1,02 ballga teng bo'lgan. Bu ko'rsatkichlar ishonarli farqga ega bo'lgan. Birinchi guruhdagi bemorlarda vegetativ buzilishlarning o'rtacha ko'rsatkich bali ikkinchi guruhdagi bemorlar ko'rsatkichidan 3,1 balga past bo'lib, bu ko'rsatkich statistik ishonarli farqga ega bo'lgan ($R < 0,001$).

Davolashdan oldingi va keyingi vegetativ buzilishlar ko'rsatkichining solishtirma tahlili Diagramma № 3.6 dan keltirilgan.

Diagramma № 3.6. Bemorlarda vegetativ buzilishlarning davolashdan keyingi ko'rinishi



Davolashdan keyingi o'tkazilgan SAN testi natijalari bemorlarda astenizatsiya darajasi sezilarli darajada pasayganligini ko'rsatgan. Birinchi guruhdagi bemorlarning 2 tasida astenizatsiya belgilari saqlanib qolgan bo'lsa, ikkinchi guruhdagi bemorlarning 8 tasida astenizatsiya davolashdan keyin ham saqlanib kolganligini ko'rish mumkin.

Davolashdan oldingi va keyingi SAN testi solishtirma natijalari diagramma № 3.7 da keltirilgan.

Diagramma № 3.7. Bemorlardagi SAN testining davolashdan keyingi natijalari.

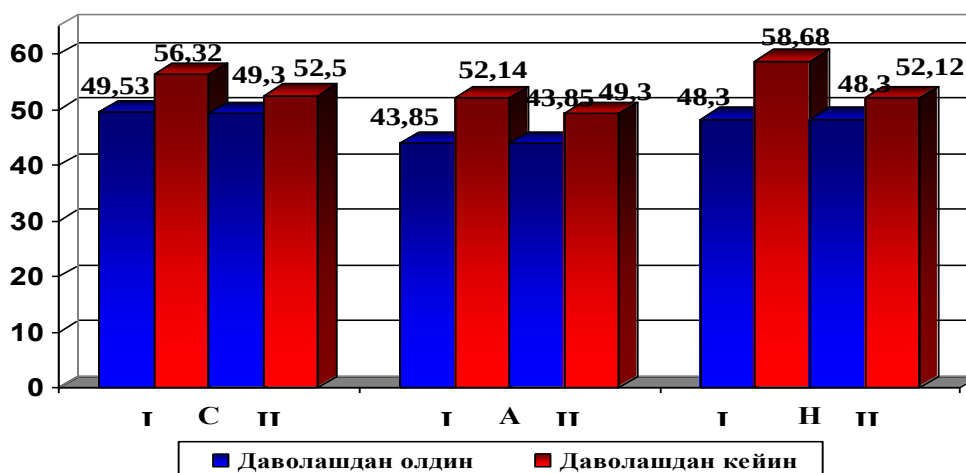


Diagramma № 3.7 dan ko‘rinib turiptiki, birinchi guruhdagi bemorlarda o‘zini xis etish ko‘rsatkichi davolashdan oldin 49,53 ballni tashkil qilgan, davolashdan keyin ushbu ko‘rsatkich 56,32 ballni tashkil qilgan, ikkinchi guruhdagi bemorlarda o‘zini xis qilish ko‘rsatkichi o‘rtacha 49,3 dan 52,5gacha ko‘tarilganligi ko‘rish mumkin.

Faoliyat ko‘rsatkichi birinchi guruhdagi bemorlarda 43,85 baldan 52,14 balgacha ko‘tarilganligi, ikkinchi guruhdagi bemorlarda esa o‘rtacha 49,3 balgacha ko‘tarilganligini ko‘rish mumkin.

Birinchi guruhdagi bemorlarning davolashdan keyingi kayfiyat ko‘rsatkichi o‘rganib chiqilganda 48,3 baldan 58,68 ga ko‘tarilganligini ko‘rish mumkin. Ikkinchi guruhdagi bemorlarda esa ushbu ko‘rsatkich 52,12 balgacha ko‘tarilgan xolos.

IV BOB

OLINGAN NATIJALAR MUHOKAMASI

Gastroezofageal reflyuks kasalligi bemor umumiy holati va hayot tarziga ta'sir ko'rsatuvchi keng qamrovli belgilar (ayniksa, zarda bo'lish va regurgitatsiya) bilan kechuvchi kasallik hisoblanadi. Belgilarning paydo bo'lishi oshqozon shirasining qizilo'ngachga ta'siri bilan bog'liq bo'lib, bemorlarning uchdan bir qismida qizilo'ngach shilliq qavatini shikastlaydi (reflyuks-ezofagit). Reflyuks ezofagit bor bemorlarda simptomlar bir xil klinik ko'rinishga ega bo'ladi. Bu guruh bemorlarni tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi va EGDS tekshiruvida qizilo'ngach shilliq qavatini shikastlanishi ko'rinadi. Gastroezofageal reflyuks kasalligining negativ shakli diagnostik kriteriylarining yo'qligi va klinik belgilarni patogenetik mexanizmlarini turli tumanligi tashxislashda qiyinchilik tug'diradi.

Kasallik diagnostikasida bemor shikoyati, kasallik anamnez i va endoskopik tekshiruv natijalari muhim o'rin tutadi.

Adabiyotlarda keltirilgan [1, 10, 11, 12, 16, 25, 30, 42, 56, 67, 72] ma'lumotlarga mos ravishda tekshiruvimizdagi bemorlarning deyarli barchasida 97,8% zarda bo'lish kuzatilgan, shundan 28,9% bemorda zarda bo'lish doimiy, 44,4% bemorni kunning asosiy qismida va 26,7% da ba'zi holatlarda bezovta qilgan. 46,7% bemorni zarda bo'lish kunda bezovta qilgan, haftada 2 marta va unda ortik zarda bo'lish bezovta qilgan bemorlar 37,8%, haftada bir marta bezovta qilgan bemorlar 15,6% bo'lgan. Tekshiruvimizdagi bemorlarning 73,3% da zarda bo'lish uyqu vaqtida ham kuzatilishi aniqlangan.

Zarda bo'lish intensivligi Likert shkalasi bo'yicha 5 ball 13,3%, 4 ball 24,4%, 3 ball 26,7%, 1 va 2 ball 17,8% bemorlarda aniqlangan, bu esa adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga mos keladi [10, 16, 25, 56, 72].

To'sh ortida noxushlik 69,6%, xavoli kekirish 36,8%, epigastral sohada og'riq 66,7% bemorlarda kuzatilgan. Ushbu simptom barcha yoshdagi bemorlarni bir xil ko'rsatkichlarda bezovta qilgan. To'sh ortidagi og'riq 6,3%

bemorda doimiy, 62,5% bemorda tez-tez va 31,3% bemorda ba'zi-ba'zida bezovta qilgan.

Odinofagiya esa atigi 10,5% bemorlarni bezovta qilgan.

Xiqichiq kuzatilishi tekshiruvimizdagi 26,1% bemorlarda aniqlangan. Ushbu bemorlarda xiqichiqning umumiy kuzatilishi yil davomida 3 oydan oshmagan.

Ko'ngil aynib, qayt qilish 17,4% tashkil qilgan bo'lib, shundan qonli qayt qilish 4,3% bemorda, o'tli qayt qilish 21,7% bemorda kuzatilgan.

Bundan tashqari, tekshiruvdagi bemorlarda GERK ning ekstraefageal belgilari namoyon bo'lgan bemorlar 21,7% ni tashkil qilgan. Ekstraefageal belgilardan ovoyni o'zgarishi 8,8%, yo'tal tutishi –12,3% ni tashkil qilgan.

Surunkali yo'tal tutishi GERK bilan og'riyan 12,3% bemorlarni bezovta qilgan bo'lib, shundan 71,4% yoshi 60 yoshdan katta bemorlarda kuzatilgan.

Gastroefageal reflyuks kasalligi diagnostikasida endoskopik tekshiruv muhim ahamiyat kasb etadi. Qizilo'ngach shilliq qavatidagi o'zgarishlarni bor yo'qligiga ko'ra, GERK turlari farqlanadi.

Adabiyotlarda keltirishicha, gastroefageal reflyuks kasalligining negativ shakli 15-30%, reflyuks efagit bilan asoratlanish 70-85% bemorlar kuzatiladi [25, 67]. Bizning nazoratimizdagi bemorlarda o'tkazilgan endoskopik tahlillarda qizilo'ngach shilliq qavatida organik o'zgarishlar aniqlanmagan bemorlar (GERK ning endoskopik negativ shakli) 19,5%, kataral reflyuks efagit 37,0%, eroziv reflyuks efagit 43,5% bemorda aniqlangan. Eroziv reflyuks efagit bilan og'riyan bemorlarda kasallik davomiyliyi ko'proq bo'lgan va, asosan, ayollarda kuzatilgan.

Zarda bo'lish bemorlarning hayot tarzi, ruhiy va vegetativ holatiga yetarlicha negativ ta'sir ko'rsatadi va, qolaversa, kasallik rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin [3, 4, 27, 48, 75].

O'tkazilgan "SAN" testi natijalariga ko'ra GERK bilan hastalangan 46 nafar bemorlarning 76,1% da turli darajada ifodalangan astenizatsiya holati aniqlandi.

S – ("samochustvie") o'zini xis etish ko'rsatkichi ta'sirlangan ichak sindromi hastaligi davomiyligi ortishi bilan pasayib borishi kuzatilgan.

A – ("aktivnost") faoliyat ko'rsatkichi bo'yicha ma'lum qonuniyat kuzatilmagan bo'lsada, kasallik qo'zg'alish davrida ushbu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayganligi va 14 kunlik davolashdan so'ng statistik ishonarli farqqa ortganligi kuzatilgan.

N – ("nastroenie") kayfiyat ko'rsatkichi GERK birinchi marta aniqlangan bemorlarda kasallik anamnezi ortishi bilan pasayib borishi kuzatilgan.

Gastroezofageal reflyuks kasalligining davomiyligiga ko'ra, o'zini xis etishi, faoliyat va kayfiyat ko'rsatkichi pasayib borishi, bemorda gastroezofageal reflyuks kasalligi borligi va hastalikning uzoq vaqt davom etishi bemor ruhiy holatiga kuchli ta'sir ko'rsatishi bilan tushuntirish mumkin. Adabiyotlar sharhiga ko'ra, gastroezofageal reflyuks kasalligida ruhiy buzilishlar ko'rsatkichi 70 – 90% gacha yetishi mumkin. 30 – 55% bemorlarning hayot anamnezida fizik, psixologik yoki seksual zo'riqish, oilada va ishdagi stresslar, yaqin odamini yo'qotgandan so'ng ruhiy tushkunlik kabi holatlar aniqlanadi. Gastroezofageal reflyuks kasalligini anamnezi ortib borishi bilan bemorlardagi o'zini xis etishi, kayfiyat va faoliyat ko'rsatkichini keskin past bo'lishi va yuqoridagi belgilarning barchasi adabiyotlardagi keltirilgan ma'lumotlarga mos keladi [3, 4, 25, 48, 75]. Gastroezofageal reflyuks kasalligi aniqlangan bemorlarda ruhiyatida fizik og'riq bilan emotsiyaning farqlay olmaslik, o'zini yetarlicha baholay olmaslik, vaxima va emotsiyaning somatikaga bog'lash kabi o'zgarishlar kuzatilgan.

A.M. Veyn so'rovnomasi natijalariga ko'ra Gastroezofageal reflyuks kasalligi aniqlangan bemorlarning 89,1% turli darajadagi vegetativ disfunktsiya belgilari: xayajonlanganda yuzning qizarishi, qo'l va oyoq kaftining uyushishi, yurak o'ynashi, turli xid, issiq va sovuq xavoda o'zini yomon xis qilish, kayfiyatning tez o'zgarishi, tomir urishi va arterial qon bosimining labilligi kuzatilgan.

So'rovnomaning ikkinchi qismi bo'yicha vegetativ disfunktsiya belgilari tekshirilgan 46 nafar bemorlarning har ikkitasidan bittasida (50%) turli darajadagi vegetativ buzilish holatlari aniqlangan bo'lib, erkaklarga nisbatan ayollarda ko'proq (83,3%) kuzatilgan. O'rtacha ko'rsatkich erkaklarga nisbatan ayollarda 7 ballga yuqori bo'lgan va bu ko'rsatkich statistik ishonarli farqga ega bo'lgan. Ayollarda erkaklarga nisbatan vegetativ disfunktsiya belgilarining kuchli namoyon bo'lishini ayollardagi yuqori ta'sirchanlik va disgormonal o'zgarishlar tez-tez uchrab turishi bilan tushuntirish mumkin. Belgilarning bemorlar orasidagi uchrashi tahlil qilinganda, sub'ektiv belgilardan qo'zg'aluvchanlik, astenizatsiya, sovuq va issiq havoda o'zini yomon his qilish, xurujli bosh og'rishi, qo'l oyoq panja barmoqlarining uyushishi, sovuq qotishi, musbat dermografizm, yurak o'ynashi ko'p kuzatilgan. Aksincha, ob'ektiv belgilardan, tana haroratining ortishi, vegetotomir krizlari, xushdan ketish holatlari eng kam kuzatilgan. Bu holat bemorlardagi vegetativ disfunktsiya belgilarini baholashda anamnezi va shikoyatlariga chuqur e'tibor berilishi lozimligini ko'rsatgan.

Zarda bo'lishning namoyon bo'lish ko'rsatkichi GERK ning boshqa klinik simptomlari kuzatilishiga, bemor ruhiy holatiga: bemor holatiga, kayfiyatiga, hayot sifatini pasayishiga va ruhiy dezadaptatsiya belgilarini rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadi. Yuqoridagi keltirilgan tahlildan, kasallik simptomining namoyon bo'lishi yoki bemordagi ruhiy buzilish birlamchiligini aniqlash qiyin, lekin bu belgilar bir- birini qo'zg'atib, patologik xalka xosil qiladi [25, 26, 67].

Keltirilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, GERK bilan og'rigan bemorlarda zarda bo'lishning namoyon bo'lish darajasiga ko'ra, bemorlar ruhiy holati ham har xil turda o'zgaradi. Bularda ko'proq nevrotik va depressiv, ipoxondrik va kasallik klinik belgilaridan bezovtalanish hamda hayot tarzining buzilishi kabi o'zgarishlar kuzatiladi. Kuchli zarda bo'lish kuzatilgan bemorlarning yarmida kasallikga gipernozognozik reaksiya kuzatilgan.

GERK ning davolash maqsadlari kasallik simptomlarini tezda bartaraf qilish va uni nazorat qilish, bemor umumiy holati, vegetativ buzilishlar va ruhiy

holatini yaxshilash, kasallik asoratlarini, avvalambor, reflyuks ezofagitni davolash va oldini olishga qaratilgan. GERK simptomlarini nazorat qilish va asoratlarini bartaraf qilishda proton pompa ingibitorlari samarali ta'sir ko'rsatadi [2, 20, 37, 52, 53, 58, 68, 78].

Birinchi guruhdagi bemorlarda (Rabeprazol + Ataraks + Glitsin) davolashning ilk kunlaridayok zarda bo'lishning namoyon bo'lish ko'rsatkichi pasaya boshlagan. Bemorlarni 14 kunlik davolashdan so'ng birinchi guruhdagi bemorlarning 91,3% zarda bo'lish to'la bartaraf bo'lgan, ikkinchi guruhdagi bemorlarda zarda bo'lish 73,9% bartaraf bo'lganligi aniqlangan. Regurgitatsiya birinchi guruhdagi bemorlarda 100%, ikkinchi guruhdagi bemorlarda 87,0% da bartaraf bo'lganligi kuzatilgan. Disfagiya, ko'ngil aynishi va odinofagiya ikkala guruhda ham to'la bartaraf bo'lganligini aniqlangan. Epigastral sohadagi og'riq 4,3% ikkinchi guruhdagi bemorlarda saqlanib qolganligi kuzatildi.

Bemorlarning vegetativ buzilishlarni davolashdan keyingi holati o'rganib chiqilganda, birinchi guruhdagi bemorlarda vegetativ buzilishlar o'rtacha $15,68 \pm 0,98$ ni tashkil qilgan, ikkinchi guruhdagi bemorlarda ushbu ko'rsatkich $18,78 \pm 1,02$ ballga teng bo'lgan. Bu ko'rsatkichlar ishonarli farqga ega bo'lgan. Birinchi guruhdagi bemorlarda vegetativ buzilishlarning o'rtacha ko'rsatkich bali ikkinchi guruhdagi bemorlar ko'rsatkichidan 3,1 balga past bo'lib, bu ko'rsatkich statistik ishonarli farqga ega bo'lgan ($R < 0,001$).

Davolashdan keyingi o'tkazilgan SAN testi natijalari bemorlarda astenizatsiya darajasi sezilarli darajada pasayganligini ko'rsatgan. Birinchi guruhdagi bemorlarning 2 tasida va ikkinchi guruhdagi bemorlarning 8 tasida astenizatsiya davolashdan keyin ham saqlanib qolgan.

Davolashdan oldingi va keyingi SAN testi solishtirma natijalariga ko'ra, birinchi guruhdagi bemorlarda o'zini xis etish ko'rsatkichi davolash natijasida 49,53 balldan 56,32 ball gacha va ikkinchi guruhdagi bemorlarda esa bu ko'rsatkichi o'rtacha 49,3 dan 52,5gacha ko'tarilganligi ko'rish mumkin.

Faoliyat ko'rsatkichi birinchi guruhdagi bemorlarda 43,85 baldan 52,14 balgacha va ikkinchi guruhdagi bemorlarda esa o'rtacha 49,3 balgacha ko'tarilganligini ko'rish mumkin.

Birinchi guruhdagi bemorlarning davolashdan keyingi kayfiyat ko'rsatkichi o'rganib chiqilganda 48,3 baldan 58,68 ga ko'tarilganligini ko'rish mumkin. Ikkinchi guruhdagi bemorlarda esa ushbu ko'rsatkich 52,12 balgacha ko'tarilgan xolos.

XULOSALAR

1. Gastroezofageal reflyuks kasalligi klinik belgilarining kelib chiqishida gastroezofageal reflyuks darajasi va bemor ruhiy holati muhim patogenetik omil hisoblanadi.
2. Zarda bo'lishi bemor ruhiyati va hayot tarziga negativ ta'sir ko'rsatib, bemorlar ruhiy dezadaptatsiyasiga sabab bo'ladi. Zarda bo'lish yuqori darajada (Liket shkalasi bo'yicha 4-5 ball) kuzatilgan bemorlarda o'rta darajada (2-3 ball) kuzatilgan bemorlarga nisbatan SAN so'rovnomasi natijalariga ko'ra ruhiy dezadaptatsiya 2 barobarga ko'proq kuzatilgan (76,1% - 39,3%; $r < 0,001$).
3. Gastroezofageal reflyuks kasalligi kuzatilgan bemorlarning 76,1% ida ruhiy buzilishlari kuzatiladi va ushbu belgilar kasallik klinik belgilarini namoyon bo'lish darajasi va davomiyligi bilan bevosita bog'liq bo'lib, davolashdan so'ng sezilarli darajada pasayadi. O'z navbatida stress, depressiya va ruhiy zo'riqishlarning kamayishi Gastroezofageal reflyuks kasalligi klinik belgilarining kamayishiga va kasallikning remissiyasiga olib keladi.
4. Gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan og'rigan bemorlarning 89,1% ida psixosomatik kasallik keltirib chiqargan markaziy nerv tizimi astenizatsiyasi kuzatiladi va ushbu belgilar namoyon bo'lishi kasallik davomiyligi bilan mutanosib ravishda ortib boradi.
5. Davolash samaradorligini past ko'rsatkichlarda namoyon bo'lishi va kasallikning qaytalanishi bemorlardagi ruhiy hamda vegetativ o'zgarishlarga bog'liq bo'lib, bemorlarni davolashda bemorlar ruhiy holatini va ularda kuzatilayotgan astenovegetativ belgilarni inobatga olish davolash samaradorligini oshiradi.
6. Gastroezofageal reflyuks kasalligini davolashda proton pompa ingibitorlarini monoterapiya shaklida qo'llashga nisbatan PPI + Ataraks + Glitsin kombinatsiyasidan foydalanish davolash samaradorligini - 18 % ga oshiradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Алеутская О.Н., Лебедева Е.А., Томилов Е.С., Мишкова А.В. Состояние слизистой оболочки пищевода у больных ГЭРБ с Нр-ассоциированной патологией желудка // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
2. Аляви Ф.А., Хамрабаева Ф.И. Опыт комбинированного применения рабепразола и сульпирида в лечении ГЭРБ с синдромом вегетативной дистонии // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г..
3. Аляви Ф.А., Хамрабаева Ф.И. Проблема исследования психологического компонента в терапии ГЭРБ // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
4. Ахмедов В.А. Психоэмоциональные и гуморальные изменения у patsientов с сочетанными рефлюксными нарушениями / В.А. Ахмедов, В.А. Остапенко // Терапевтический архив. - 2009. - Т.81, №2. - С. 24-27.
5. Бордин Д.С., Машарова А.А., Кожурина Т.С. Альгинатный тест как критерий диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium medicum (гастроэнтерология). – 2011. – № 1. – С. 5–9.
6. Бурков С.Г., Арутюнов А.Т., Окоемов М.Н. Эффективность различных дозировок ультопа в терапии неэрозивной рефлюксной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2008.-№8.-С. 102-108.
7. Буторина Н.В., Вахрушев Я.М., Запруднов А.М., Шараев П.Н. Оценка метаболизма коллагена у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
8. Васильев Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Справочник поликлинического врача. – 2003. – № 5. – С. 17–23.

9. Васютин А.В., Цуканов В.В. Частота изжоги у детей в семьях родителей с изжогой, эрозивным эзофагитом и язвенной болезнью // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
10. Вялов С.С., Чорбинская С.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: диагностика лечение и профилактика: Методические рекомендatsii № 338-12/23. – М.: Изд-во РУДН, 2011. – 21 с.
11. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Клинические рекомендatsii. Гастроэнтерология / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
12. Горбунов В.Л., Чухвистов Е.И. Варианты эзофагитов при ГЭР у детей с эзофагеальной симптоматикой // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
13. Гришечкина И.А. Изучение внутренней картины болезни patients с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
14. Джахая Н.Л., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т. Факторы риска рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
15. Джулай Г.С. Клинико-эндоскопическая характеристика эзофагита и эмоционально-личностная сфера больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Г.С. Джулай, Е.В. Секарева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2009. - № 4. -С. 35-39.
16. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей. Российская гастроэнтерологическая ассоциatsiya. – М., 2010. – 20 с.
17. Zaxidova M.Z., Agilova G.A. Gastroezofageal reflyuks kasalligida morfologik o‘zgarishlar. // VAB. – 2007. - №1 S55.
18. Ефименко Н.В., Кайсинова А.С., Чалая Е.Н., Эбзеев А.Х. СМТ-форез даларгина при эрозивном эзофагите // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.

19. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода: патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение. – М.: Триада-Х, 2000. – 157 с.
20. Исаков В.А. Новая парадигма ГЭРБ и длительная терапия ингибиторами протонного насоса / В.А. Исаков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2006. — № 4. — С. 16-20.
21. Ишанкулова Д.М., Каримова Ф.Н., Негматова Ф. Сравнительная оценка терапии эрозивной и неэрозивной рефлюксной болезни // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
22. Клестер Е.Б., Орешкина Г.И. Особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных ХОБЛ // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
23. Кокуева О.В., Новоселя Н.В., Середа С.А. Взаимосвязь эндоскопической картины пищевода и кардии с пищевым статусом // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
24. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Общество против изжоги // ЦНИИ гастроэнтерологии, Научное общество гастроэнтерологов России. – М., 2011.
25. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» («МЭГРЭ») // Тер. арх. – 2011. – № 1. – С. 5–50.
26. Лапина Т.Л. Изжога: распространенность, клиническое значение, ведение пациентов / Т.Л. Лапина // Фарматека. - 2003. - №10. - С. 10-15.
27. Лахин В.В. Опыт применения «ланцида» для лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
28. Лосев В.М., Хайкин М.Б., Яблоков Е.Б. и др. Анализ эффективности применения прокинетиков в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной

болезни // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.

29. Мавлонов И.Р., Орзиев З.М., Маруфжонов Х.М., О целесообразности создания новой клинической классификации ГЭРБ// O‘zbekiston tibbiyot jurnali. – 2011. - №3 S48.

30. Маев И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Учебно-методическое пособие. – М.: ВУНМЦ, 2000. – 52 с.

31. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Щекина М.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века // Лечащий врач. – 2004. – № 4. – С. 10–14.

32. Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Т. Кардиальные, бронхопульмональные и орофарингеальные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эксперим. клин. гастроэнтерол. –2007. – № 3. – С. 27–35.

33. Маев И.В., Юренев Г.Л., Кахраманова Д.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и сахарный диабет 2 типа: есть ли взаимосвязь? // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.

34. Мананников И.В. Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в Москве: Автореф. дис. канд. мед. наук / И.В. Мананников. - Москва, 2005.-21 с.

35. Мастыкова Е.К., Конорев М.Р., Матвеев М.Е. Частота встречаемости эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки пищевода в зависимости от наличия метаплазии // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .

36. Мезжуева Е.В., Халявкин С.Н., Дерижанова И.С. и др. Клиническая эффективность высокодозной терапии пантопразолом осложненных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .

37. Мелашенко С.Г., Чернобровый В.Н., Кавка С.А. Выяснение антирефлюксной активности ингибиторов протонной помпы при помощи мультиканального интралюминального импеданс-рН-мониторинга пищевода // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
38. Михайлова М.Д. Отдаленные результаты монотерапии ГЭРБ природными факторами // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
39. Могильная Г.М., Дурлештер В.М., Могильная В.Л., Дряева Л.Г. Иммуногистохимические особенности пищевода Баррета // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
40. Онучина Е.В., Брикова С.И. Частота осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных разных возрастных групп // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
41. Онучина Е.В., Цуканов В.В. Влияет ли эрадикация *H. pylori* на течение ГЭРБ? Результаты 5-летнего проспективного наблюдения // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
42. Осадчук А.М., Полушкина М.Г. Метод повышения эффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с дисбиозом // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
43. Осадчук М.А., Осадчук А.М., Сибряев А.А. Кандидозное поражение пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: особенности диффузной эндокринной системы и клеточного гомеостаза // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
44. Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Рачков В.Е. и др. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .

45. Садиков Р.А., Мавлонходжаев Р.Ш., Холмуратова М.К. Новые возможности диагностики эзофагитов// Узбекистон тиббиёт журнали. – 2009., №2 С26-28
46. Самедов Б.Х., Авдеенко Ю.Л., Трушникова Н.А., Самедов В.Б. Эффективность и безопасность длительного применения нольпазы у больных пищеводом Баррета // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
47. Самсонов А.А., Одинцова А.Н., Голубев Н.Н., Яблуновская Г.И. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2009. - № 4. - С. 97-100.
48. Соловьева Л.Д. Депрессия в терапевтической клинике (психосоматические, психотерапевтические и психофармакологические аспекты) / Л.Д. Соловьева, Ю.П. Успенский, Е.В. Балуква. - СПб.: ИнформМед, 2008. - 204 с.
49. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение) // Эксперим. клин. гастроэнтерол. – 2010. – № 5. – С. 113–118.
50. Старостин Б.Д., Старостина Г.А. Дифференцированная терапия халитоза // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
51. Старостин Б.Д., Старостина Г.А. Маркером эффективности лечения ГЭРБ являются расширенные межклеточные пространства в эпителии пищевода // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
52. Старостин Б.Д., Старостина Г.А. Пантопразол более эффективен, чем омепразол у пациентов с НЭРБ // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
53. Старостин Б.Д., Старостина Г.А. Сравнительная эффективность рабепразола и эзомепразола у пациентов с НЭРБ // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .

54. Старостин Б.Д., Старостина Г.А. Эффективность ингибитора рефлюкса агониста GABA_B рецепторов баклофена при ГЭРБ // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г. .
55. Сторонова О.А., Трухманов А.С., Джахая Н.Л., Ивашкин В.Т. Нарушения пищевода клиренса при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и возможности их коррекции // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2012. – Т. 22, № 2. – С. 14–21.
56. Трухманов А.С. Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиций современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов / А.С. Трухманов, И.В. Маев // РМЖ. - 2004. - №23. - С 1344 -1348.
57. Успенский Ю.П. Патоморфоз тревожного расстройства у больных с дисбиозом кишечника / Ю.П. Успенский, Е.В. Балуква // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2009. — № 7. — С. 91-96.
58. Хлынов И.Б., Чикунова М.В., Лисовская Т.В. и др. Сравнительная эффективность омепразола и рабепразола в терапии ГЭРБ в реальной клинической практике // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
59. Шептулин А.А., Киприанис В.А. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2005. – Т. 15, № 5 . – С. 10–15.
60. Юлдашева Д.Х., Орзиев З.М. Связь клинических проявлений ГЭРБ с характерным рефлюктата// Назарий ва клиник тиббиёт. – 2010. №4.
61. Armstrong D. Gastroesophageal reflux disease // Curr. Opin. Pharmacol. – 2005. – Vol. 5, N 6. – P. 589–595.
62. Bradley L.A. The relationship between stress and symptoms of gastroesophageal reflux: the influence of psychological factors / L.A. Bradley, J.E. Richter, T.J. Pulliam, et al // Am J Gastroenterol. - 1993. -Vol.88.-P. 11-19.

63. Chiba N., de Gara C.J., Wilkinson J.M. Speed of healing and symptom relief in grade II to IV gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis // *Gastroenterology*. – 1997. – Vol. 112, No. 6. – P. 1798–1810.
64. Dean V.V., Crawley J.A., Schmitt S.M. et al. The burden of illness of gastroesophageal reflux disease: impact on work productivity // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2003. – Vol. 15, N 17. – P. 1309–1317.
65. Dent J., El-Serag H.B., Wallander M.A. et al. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // *Gut*. – 2005. – Vol. 54. – P. 710–717.
66. Dickman R. The pathophysiology of GERD. In: Grranderath F.A., Kamolz T., Pointher R. (Eds.) *Gastroesophageal reflux disease, principles of disease, diagnosis, and treatment* / R. Dickman, R. Fass. — Wien-NewYork: Springer, 2006.-P. 13-22.
67. Eisen G. The epidemiology of gastroesophageal reflux disease: what we know and what we need to know / G. Eisen // *Am. J. Gastroenterol.* — 2001. - Vol.96 (8).-P.16-18.
68. Gasiorowska A., Fass R. The proton pump inhibitor (PPI) test in GERD: does it still have a role? // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2008 – Vol. 42, N 8. – 867–874.
69. Lagergren J., Rydberg I., Kyleback A. et al. Symptomatic gasrtoesophageal reflux a risk factor for esophageal agenocarcinoma // *N. Engl. Med.* – 1999. Vol. 340. – P. 825–831.
70. Lundell L. Endoscopic assessment of esophagitis - clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification / L. Lundell, J. Dent, J.R. Bennett, et al. // *Gut*. - 1999. - Vol.45(2). - P. 172-80.
71. Lundell L. Advances in treatment strategies for gastroesophageal reflux disease // *EAGE Postgraduate Cource*. – Geneva, 2002. – P. 13–22.
72. Locke G.R. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota / G.R. Locke, N.J.

Talley, S.L. Fett, et al. // Gastroenterology. - 1997. - Vol.112 (5). - P. 1448-1456.

73. Mainie I. Acid and non-acid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentre study using combined ambulatory impedance-pH monitoring / I Mainie, R. Tutuian, S. Shay, M. Vela, X. Zhang, D. Sifrim, D.O. Castell // Gut. - 2006. - Vol.55. - P. 1398-1402.

74. Nilsson M. Prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and the influence of age and sex / M. Nilsson, R. Johnsen, W. Ye, et al. // Scand J Gastroenterol. - 2004. - Vol.39. - P. 1040-1045.

75. Revicki D.A. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life / D.A. Revicki, M. Wood, P.N. Maton, et al // Am. J. Med. - 1998. - Vol. 104. - P. 252-258.

76. Salvatore S., Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux disease and motility disorders // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. –2003. – Vol. 17. –P. 163–179.

77. Sharma P., Sampliner R. Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma. 2 nd ed. – Blackwell Publishing, 2006.

78. Tytgat G.N., McColl K., Tack J. et al. New algorithm for the treatment of gastroesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2008. – Vol. 27. – P. 249–256.

79. Vakil N., van Zanden S.V., Kahrilas P.J. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 1900–1920.