**Острогляд Анастасія Валеріївна. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба: діагностика, поширеність, фактори ризику. : Дис... д-ра наук: 14.01.36 – 2008**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Острогляд А.В. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба: діагностика, поширеність, фактори ризику. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.36 – гастроентерологія. – Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, Івано-Франківськ, 2008.У дисертаційній роботі наведено результати оцінки специфічності і чутливості сучасних методів діагностики гастроезофагеальної рефлюксної хвороби та обґрунтовано доцільність їх використання. На підставі анкетування 2280 практично здорових добровольців і 1686 стаціонарних хворих із найпоширенішими захворюваннями внутрішніх органів, аналізу 6495 протоколів ендоскопічних обстежень та 209 некропсій, особистого комплексного клінічного спостереження за 421 хворим вивчена епідеміологія цього захворювання, найважливіші фактори ризику, розроблено спосіб прогнозування її клінічних форм. Доведена доцільність антигеліокбатерної терапії при поєднанні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки з наступною підтримуючою терапією блокатором водневої помпи, домперидоном та/або урсодезоксихолевою кислотою. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації подано теоретичне узагальнення і нове вирішення науково-практичної проблеми, яка полягає в з’ясуванні надійності діагностичних тестів у розпізнаванні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, що дозволило вивчити епідеміологію захворювання на підставі анкетування загальної популяції, масових ендоскопічних обстежень, матеріалів автопсії, архівних і власних даних, встановленні факторів ризику для ефективної профілактики захворювання.* 1. Специфічність методів анкетування, езофагоскопії (неерозивної форми) та пробного лікування пантопразолом у діагностиці ГЕРХ, спираючись на цілодобову внутрішньостравохідну рН-метрію як на еталон діагностики, становить відповідно 70,0%, 50,0% та 83,3%, а чутливість – 75,3%, 44,4% (ерозивної форми) та 96,8%. Чутливість комплексу гістологічних ознак (гіперплазії базального шару та розшарування епітелію СО стравоходу) для діагностики ГЕРХ становить 66,7%, специфічність – 87,0%.
	2. За даними анкетування, поширеність ГЕРХ в організованій популяції дорослих становить у середньому 30,0% (25,1% у чоловіків, 39,1% у жінок), при цьому щоденні скарги на печію пред’являють 3,3%, щотижневі – 17,3%; атипові скарги (на нічні кардіалгію, кашель, задуху) мають 7,8-13,1% опитаних без суттєвої залежності від статі, але зі зростанням частоти атипових скарг із віком. Пік хворобливості на ГЕРХ у жінок припадає на вік 17-29, а в чоловіків – на 20-59 років.

Поширеність типової форми ГЕРХ в загальній популяції лінійно залежить від величини ІМТ і зростає від 26,7% у людей із нормальною величиною індекса до 69,3% при ожирінні. Натомість поширеність атипового варіанту ГЕРХ від ІМТ суттєво не залежить.* + 1. Вік пацієнтів, індекс маси тіла, зловживання жирною їжею, газованими напоями, гострими стравами, кавою, куріння, наявність супутніх захворювань (серцево-судинної системи, суглобів, шлунка і дванадцятипалої кишки, біліарної системи) є достовірними незалежними факторами ризику ГЕРХ з чутливістю менше 20,0% та специфічністю понад 90,0%.
		2. Серед лікарів поширеність ГЕРХ становить в середньому 33,7% незалежно від статі, але значно вище (81,7%) серед хірургів проти 39,1% у терапевтів та сімейних лікарів.
		3. Поширеність ГЕРХ найвища серед пацієнтів із захворюваннями органів травлення – 65,5%, дещо менша у хворих на ІХС та АГ (48,0%), ХОЗЛ (43,1%), на РА та ОА (45,8%). Поширеність хвороби більша в жінок кардіологічного профілю (до 54,5%) у період менопаузи та в чоловіків із ревматичними стражданнями (60,0%).
		4. За даними масових ендоскопічних обстежень, частота уражень стравоходу становить 12,1%, з яких майже половина (46,9%) випадків припадає на ерозивний езофагіт. Факторами ризику є чоловіча стать, старший вік у жінок (понад 60 років), супутні захворювання (КГ та ЕГ, але не ПВШ і ПВДПК).
		5. За даними некропсій, поширеність РЕ становить 10,0%, а РАЕ – 94,0-100,0% від загальної кількості померлих із різних причин; при цьому ні наявність інших захворювань, ні безпосередня причина смерті не є специфічними факторами ризику цих уражень стравоходу.
		6. За власними клінічними спостереженнями, типові для НГЕРХ скарги (печію, кисле зригування, дисфагію) висловлюють 60,0%, 29,0% та 10,0%, а для ЕГЕРХ – відповідно 90,9%, 40,0% та 16,4% хворих; атипові скарги (нічні кардіалгія, кашель, задуха) турбують лише 2,6-4,2% таких хворих незалежно від клінічного варіанту хвороби.
		7. Гіперплазія базального шару та розшарування епітелію – гістологічні ознаки, які дозволяює диференціювати НЕГЕРХ, ЕГЕРХ та «надчутливий» стравохід. Згадані критерії, однак, навіть при ЕГЕРХ мають лише 61,1-66,7% хворих, що однак не заперечує наявність цього завхворювання в решти пацієнтів з ерозіями стравоходу.
		8. За даними власних клінічних досліджень, факторами ризику ГЕРХ, як ерозивної, так і неерозивної її форм, є нерегулярність харчування, зловживання гострими стравами та куріння, а з супутніх захворювань – РГ (33,0-39,0%) та ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної зони (20,0-33,0%).
		9. За останні 10 років поєднання ПВДПК з РЕ та РГ зросло в 2,0-2,5 рази, особливо у віці 40 років і в жінок та зі збільшенням тривалості захворювання на ПВДПК. Наявність ГЕР не впливає на ефективність ерадикації Нр та загоєння дуоденальних виразок, а АГБТ не викликає появу нових випадків РЕ у цих хворих.
 |

 |