

**ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У
ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕОТЛОЖНУЮ ПАТОЛОГИЮ
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) заболевание с высокой распространенностью и наличием как типичных, так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют диагностику ГЭРБ, особенно при сочетании с другой патологией органов брюшной полости (ОБП). В последние годы ГЭРБ занимает место ведущей патологии, как по частоте, так и по спектру осложнений [1].

Систематический обзор результатов 15 эпидемиологических исследований, проведенных по единой методике с использованием опросника Клиники Мэйо, показал, что симптомы ГЭРБ испытывают ежедневно 4-10% населения, еженедельно – 20-30%, ежемесячно – 50%, а заболеваемость неуклонно возрастает [2].

Среди лиц, которым было проведено эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного канала, в 12-16% случаев выявляют эзофагит различной степени выраженности. Развитие стриктур пищевода отмечено в 7-23%, кровотечения – в 2% случаев эрозивно-язвенного эзофагита. Среди лиц старше 80 лет желудочно-кишечными кровотечениями эрозии и язвы пищевода были их причиной в 21% случаев, среди пациентов отделений интенсивной терапии, перенесших операции, – в 25%. Пищевод Барретта развивается у 1-20% больных с эзофагитом. Аденокарцинома развивается у 0,5% больных с пищеводом Барретта в год при низкой степени дисплазии эпителия, у 6% в год – при дисплазии высокой степени [3, 4].

У пациентов с подозрением на неотложную патологию органов брюшной полости, в алгоритм дифференциальной диагностики часто включают выполнение обзорной рентгенограммы органов брюшной полости (ОРОБП), информативность которой для диагностики ГЭРБ недостаточно изучена. Данные ОРОБП следует оценить для обоснования возможного включения в алгоритм обследования пациента такого инвазивного исследования как ФГДС.

Цель исследования. Изучить возможности ОРОБП для скрининга ГЭРБ.

Материалы и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ результатов ФГДС и ОРОБП, выполненных 70 больным, поступившим по экстренным показаниям в хирургическое отделение УЗ «3-ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска в 2012 году.

Результаты и обсуждение. По качеству функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС) согласно данным результатов ФГДС все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошло 35 пациентов, из них 19 (54%) мужчины и 16 (46%) женщины, у которых эндоскопически подтверждена

недостаточность функции кардиального сфинктера. Стоит отметить, что у 7 (20%) пациентов в данной группе имела место ГПОД, из них у 4 ГПОД 1ст., у 2 ГПОД 2ст, у 1 ГПОД 3ст. Средний возраст пациентов в данной группе составил 49 лет.

Контрольную группу составили 35 пациентов, у которых эндоскопически подтверждена нормальная функция кардиального сфинктера, из них 16 (46%) мужчины и 19 (54%) женщины. Средний возраст пациентов - 62 года.

Для анализа изучены ОРОБП с определением площади тени газового пузыря дна желудка. При исследовании установлено, что средняя площадь тени газового пузыря на ОРОБП в основной группе составила 14,97 кв.см., в контрольной – 20,42 кв.см. Также стоит отметить, что средняя площадь тени газового пузыря дна желудка у пациентов с ГПОД составила 8 кв.см.

Таким образом, площадь тени газового пузыря дна желудка на ОРОБП при наличии эндоскопически подтвержденной недостаточности НПС в среднем в 1,36 раза ниже, чем у больных с эндоскопически подтвержденной нормальной функцией НПС.

Выводы. Измерение площади газового пузыря дна желудка на ОРОБП может служить критерием для скрининга ГЭРБ у пациентов с подозрением на неотложную патологию ОБП.

Площадь газового пузыря желудка на ОРОБП при наличии эндоскопически подтвержденной недостаточности НПС в среднем в 1,36 раза ниже, чем у больных с эндоскопически подтвержденной нормальной функцией НПС. Если на ОРОБП не визуализируется тень газового пузыря желудка, следует проводить ФГДС с контрастированием и компрессионными пробами.

Список литературных источников:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Наиболее значимые кислотозависимые заболевания в практике врача. – М., 2005.
2. Dent J., El Serag H.B., Wallander M.A. et al. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // Gut. – 2005 (54). – С. 710-717.
3. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Мананников И.В. Изжога как один из основных критериев ГЭРБ (результаты одного эпидемиологического исследования) // Экспер. клин. гастроэнтерол. – 2004 (№ 1). – С. 164-165.
4. Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2005 (№ 5). – С. 55-56.

A.N. Tikhonovets

**SCREENING OF THE POSSIBILITY RADIOGRAPHICALLY GASTROESOPHAGEAL
REFLUX DISEASE IN PATIENTS ON SUSPECT FOR URGENT ABDOMINAL
PATHOLOGY**

Belarusian State Medical University, Minsk

Summary

In recent years gastroesophageal reflux disease (GERD) is the leading pathology both in frequency and in the range of complications: esophagitis, esophageal stricture, bleeding (in erosive and ulcerative esophagitis), Barrett's esophagus with subsequent development of adenocarcinoma. The purpose of the study was to examine the radiography of the abdomen as a method of screening for GERD. As the diagnostic criterion was investigated the area of the gas bubble of fundus.