

В настоящее время под термином «гастроэзофагельная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) следует понимать комплекс симптомов и/или воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода и осложнений, возникающих вследствие заброса в пищевод желудочного содержимого.

# Эпидемиология:

Отечественные исследования показали :

изжогу испытывают

61,7% мужчин и 63,6% женщин в Новосибирске, причем 10,3% и 15,1% - часто или постоянно, 46% жителей Санкт-Петербурга, 46% жителей Красноярска, 37% - республики Тыва.

В целом, распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 40-60%, причем у 45-80% лиц с ГЭРБ обнаруживается эзофагит.

В общей популяции населения распространенность эзофагита оценивается в 5-6%; при этом у 65-90% больных отмечается незначительно выраженный и умеренный эзофагит, 10-35% - тяжелый эзофагит.

# Основные факторы патогенеза

1. снижения функции антирефлюксного барьера, которое может происходить тремя путями: а) в результате увеличения числа эпизодов преходящего расслабления нижнего пищеводного сфинктера (ПРНПС) вкупе с расслаблением ножек диафрагмы и сокращением продольных мышц пищевода;  
б) из-за полной или частичной его деструктуризации при грыже пищеводного отверстия диафрагмы;  
в) за счет первичного снижения давления в нижнем пищеводном сфинктере;
2. нарушения клиренса пищевода, развивающегося вследствие комбинации двух факторов: ослабления перистальтики грудного отдела пищевода и снижения секреции слюны;
3. повреждающих свойств рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты, лизолецитин)
4. повышения внутрибрюшного давления, в частности вследствие наличия избыточной массы тела и ожирения; ожирение увеличивает возможность появления ПРНПС, ассоциированных с рефлюксом жидкого содержимого из желудка в пищевод - количество эпизодов ПРНПС в течение 2 часов после еды у больных с ожирением и избыточной массой тела статистически достоверно превышает таковое у здоровых лиц;
5. нарушения опорожнения желудка;
6. неспособности слизистой оболочки пищевода противостоять повреждающему действию забрасываемого содержимого.

# Клиническая картина

**Изжога** представляет собой наиболее характерный симптом, встречается у 83 % больных и возникает вследствие длительного контакта кислого ( $\text{pH} < 4$ ) желудочного содержимого со слизистой пищевода.

Типичным для данного симптома считается усиление при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении.

Интенсивность и частота изжоги (как дневной, так и ночной) прямо зависит от показателей индекса массы тела, что соответствует предрасположенности людей с избыточным весом к гастроэзофагеальному рефлюксу.

**Отрыжка** как один из ведущих симптомов ГЭРБ, встречается достаточно часто и обнаруживается у 52% больных. Отрыжка, как правило, усиливается после еды, приема газированных напитков.

**Срыгивание пищи**, наблюдаемое у некоторых больных ГЭРБ, усиливается при физическом напряжении и при положении, способствующем регургитации.

**Дисфагия и одинофагия** наблюдаются у 19% пациентов с ГЭРБ. Характерной особенностью данных симптомов является их перемежающийся характер. В основе их возникновения лежит гипермоторная дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию, а причиной одинофагии помимо этого может быть эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки. Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

Одним из наиболее характерных симптомов ГЭРБ служит **боль в эпигастральной области**, появляющаяся в проекции мечевидного отростка вскоре после еды и усиливающаяся при наклонах.

К другим симптомам ГЭРБ можно отнести **ощущение кома в горле при глотании, боль в нижней челюсти, жжение языка**.

**Боли в грудной клетке** возникают у больных ГЭРБ вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичного эзофагоспазма), причиной которой может быть дефект системы ингибирующего трансммиттера - оксида азота. Пусковым моментом для возникновения **эзофагоспазма** и соответственно боли, тем не менее, всегда оказывается патологический (т.е. продолжительный) желудочно-пищеводный рефлюкс.

## **Этапная диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

### **В условиях поликлиники**

Диагностика ранних стадий ГЭРБ основана на первичной обращаемости и анализе клинической картины заболевания. Важным этапом, помогающим выявить больных ГЭРБ и способствующим профилактике ее осложнений, следует считать информирование пациентов по различным информационным каналам, образование и самообразование врачей, в том числе в рамках комплексной программы Российской гастроэнтерологической ассоциации «Выявление и ведение больных ГЭРБ».

### **Дополнительные методы исследования**

#### **Эндоскопическое исследование**

У больных, предъявляющих жалобы на изжогу, при эндоскопическом исследовании могут отмечаться признаки рефлюкс-эзофагита различной степени выраженности. В их число входят гиперемия и рыхлость слизистой оболочки пищевода (катаральный эзофагит), эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести - с 1-й по 4-ю стадии - в зависимости от площади поражения), наличие экссудата, фибрина или признаков кровотечения.

Помимо этого могут отмечаться пролапс желудочной слизистой в пищевод, особенно при рвотных движениях, истинное укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода существенно выше диафрагмы, заброс желудочного или дуоденального содержимого в пищевод. Оценить замыкательную функцию кардии при эзофагоскопии достаточно сложно, так как кардия может быть приоткрыта рефлексорно в ответ на введение эндоскопа и инсуффляцию воздуха.

Во многих случаях клиническая симптоматика заболевания не сопровождается эндоскопическими и морфологическими изменениями, характерными для эрозивного эзофагита (неэрозивная форма заболевания, НЭРБ).

#### **В условиях стационара**

При торпидном течении заболевания (отсутствии клинической и эндоскопической ремиссии в течение 8 недель проведения стандартной адекватной терапии), а также наличии осложнений заболевания (стриктуры, пищевод Баррета) необходимо проведение обследования в условиях специализированного стационара или гастроэнтерологической клиники, в том числе в амбулаторных подразделениях этих учреждений. При необходимости больным должны быть проведены: гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода для исключения пищевода Баррета и аденокарциномы, манометрия пищевода, рН-метрическое и рентгенологическое исследования, импедансометрия.

# Маастрихт-4 (относительно ГЭРБ)

- Относительно ГЭРБ сделан вывод, что *H. pylori*-статус не оказывает влияния на тяжесть и рецидивирование симптомов, а также на эффективность лечения.
- Эрадикация инфекции не обостряет течение ГЭРБ и не ухудшает эффективность лечения (степень достоверности доказательства А, класс доказательства 1a).
- Отмечено, что имеет место негативная ассоциация между распространенностью инфекции *H. pylori*, пищеводом Барретта и аденокарциномой пищевода (В, 2a)

НЭРБ	ЭРБ
<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="343 268 913 311">1. Антациды или альгинаты</li><li data-bbox="343 354 942 1025">2. При достаточно частом появлении выраженных симптомов предпочтение следует отдавать ИПП, назначая их в полной терапевтической дозе не менее 4-6 недель с последующим переходом на поддерживающее лечение или терапию «по требованию». При наличии <i>H.pylori</i> - эрадикация</li><li data-bbox="343 1068 865 1168">3. При необходимости - психофармакокоррекция</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="989 268 1561 539">1. ИПП в полной терапевтической дозе 8 -12 недель, далее - поддерживающее лечение длительно (не менее 6 мес)</li><li data-bbox="989 582 1474 796">2. Для достижения аддитивного эффекта – комбинация ИПП и альгинатов</li><li data-bbox="989 839 1489 939">3. При необходимости – эрадикация <i>H.pylori</i></li></ol>

## **Показания к оперативному лечению ГЭРБ:**

- Сохраняющаяся симптоматика при интенсивном продолжительном консервативном лечении;
- Осложненный эзофагит (стриктуры, кровотечения, пищевод Баррета);
- Рефлюкс-эзофагит на фоне функционального или анатомического дефекта НПС;
- Сопутствующие заболевания ЖКТ, требующие оперативного лечения (калькулёзный холецистит, острый аппендицит, киста яичника и т.д).