

УДК 616.32

# ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

САТЫРОВ АЛИБЕК ИСЛАМАЛИЕВИЧ,  
ХАЛИБЕКОВ САБИР НАСИРОВИЧ,  
МЕДЖИДОВ РУСТАМ МАГОМЕДРАСУЛОВИЧ,  
ХИЗРИЕВ ХИЗРИ АБДУЛАЕВИЧ

студенты  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

**Аннотация:** Проблема ГЭРБ является весьма актуальной и широко распространенной среди населения. Клинические симптомы этой патологии достаточно сильно ухудшают качество жизни пациента и в последствии приводят к серьезным осложнениям, требующим хирургического лечения. В статье будут рассмотрены общие сведения данной нозологии, современные методы диагностики и лечения.

**Ключевые слова:** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ГЭРБ, пищевод Барретта, ингибиторы протонной помпы, фундопликация.

**GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: CURRENT METHODS OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT**

Satyrov Alibek Islamalievich,  
Khalibekov Sabir Nasirovich,  
Medzhidov Rustam Magomedrasulovich,  
Khizriev Khizri Abdulaevich

**Abstract:** The problem of GERD is very relevant and widespread among the population. The clinical symptoms of this pathology significantly deteriorate the patient's quality of life and subsequently lead to serious complications requiring surgical treatment. In this article the general information of this nosology, modern methods of diagnosis and treatment will be considered.

**Key words:** Gastroesophageal reflux disease, GERD, Barrett's esophagus, proton-pump inhibitors, fundoplication.

**Введение:** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной области и характеризующееся регулярно повторяющимся обратным забросом в пищевод содержимого желудка, а также и двенадцатиперстной кишки, что способствует появлению клинических симптомов и развитию в нем дистрофических изменений.

ГЭРБ классифицируется на ГЭРБ без эзофагита и ГЭРБ с эзофагитом. По степени тяжести рефлюкс-эзофагита различают: легкий эзофагит, эзофагит средней степени тяжести и тяжелый эзофагит. Тяжелый рефлюкс-эзофагит нередко осложняется образованием пептической стриктуры пищевода и

развитием пищевода Барретта. Также стоит отметить, что эрозии и язвы пищевода могут приводить к возникновению кровотечений, а пищевод Барретта – к появлению аденокарциномы пищевода. [1]

Пищевод Барретта – патологическое замещение плоскоклеточного эпителия дистальной трети пищевода специализированным (метаплазированным по кишечному типу) цилиндрическим эпителием, значительно увеличивающее вероятность развития аденокарциномы пищевода.

ГЭРБ является кислотозависимым заболеванием, и соляная кислота желудочного сока выступает как основной повреждающий фактор. Вследствие недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (НПС) возникает патологический рефлюкс желудочного содержимого. Характер поражения дистальной части пищевода зависит от частоты и длительности эпизодов рефлюкса. Нарушению функции НПС способствуют: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – в большинстве случаев, склеродермия, беременность, курение, различные препараты.

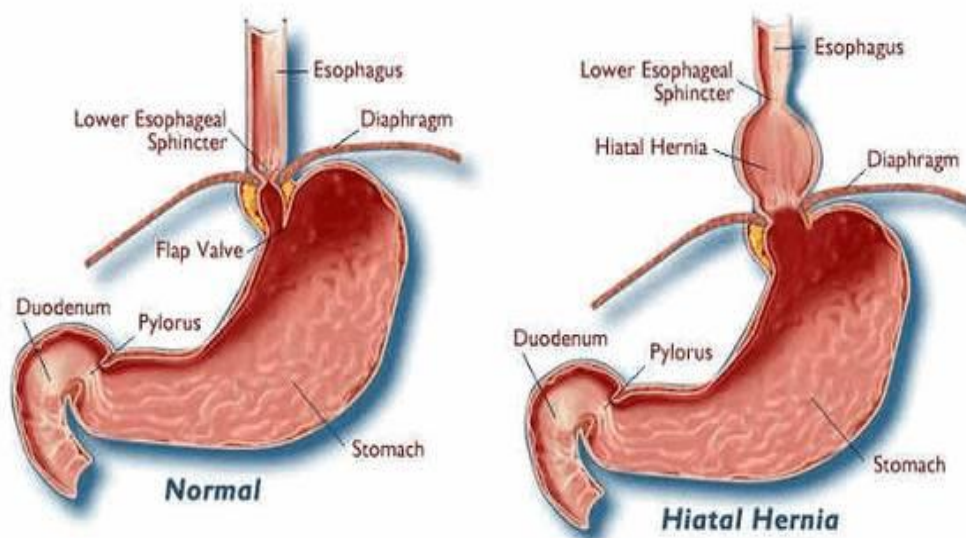


Рис. 1. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

В России распространенность ГЭРБ составляет примерно 18-46% среди взрослого населения, при этом у 45-80% больных присутствует эзофагит. Распространенность пищевода Барретта среди больных с эзофагитом 5-30%. У 0,4-0,6 % больных с пищеводом Барретта развивается аденокарцинома пищевода.[2]

#### Основная часть:

Диагностика. На сегодняшний день, кроме анализа клинической картины, существует достаточно много различных методов установления диагноза и степени поражения гастроэзофагеальной области.

1. Эзофагогастродуоденоскопия является ведущим методом диагностики, позволяющий оценить степень и протяженность поражения. Наиболее широко применяются классификации Савари-Миллера (1978) и Лос-Анджелесская (1994) для оценки изменений слизистой оболочки пищевода (рис. 2) (рис. 3). При подозрении на развитие пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода ЭГДС дополняется биопсией пищевода с последующей гистологической верификацией. Существуют также эндоскопический подход с использованием высокого разрешения в режиме NBI, ZOOM-эндоскопия. Данные технологии значительно улучшают возможности обнаружения метапластических изменений эпителия пищевода, позволяя выполнять тщательную прицельную биопсию.

2. Внутрипищеводная суточная рН-метрия и рН-импедансометрия - высокочувствительные методы диагностики гастроэзофагеального рефлюкса (88-95%), которые оценивают общее количество рефлюксов за сутки, длительность рефлюксов. Данные исследования помогают правильно подобрать и контролировать эффективность лекарственной терапии, планировать и контролировать эффективность хирургического лечения.

Эндоскопическая шкала по Savary–Miller					
0	Нормальная слизистая оболочка.		3	Эрозивные или эксудативные поражения, носящие циркулярный (кольцевидный) характер, т.е. занимающие всю окружность пищевода.	
1	Одиночное эрозивное или эксудативное поражение, занимающее более одной продольной складки, овальное или линейное, расположенное только на одной продольной складке.		4	Хронические поражения: язвы, стриктуры или короткий пищевод в изолированном виде или в комбинации с поражениями, характерными для 1–3-й степени эзофагита.	
2	Множественные эрозивные или эксудативные поражения, занимающие более одной продольной складки, сливающиеся или не сливающиеся между собой и не носящие циркулярного (кольцевидного) характера, т.е. не занимающие всю окружность пищевода.		5	Эпителий Барретта в изолированном виде или в комбинации с поражениями, характерными для 1–3-й степени эзофагита.	

Рис. 2. Эндоскопическая шкала Савари-Миллер



Рис. 3. Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита

3. Пищеводная манометрия высокого разрешения проводится с целью выявления снижения давления НПС и диагностики ГПОД. Исследование является необходимым для решения вопроса хирургического лечения.

4. Рентгенологическое исследование пищевода и желудка дает представление об анатомическом взаиморасположении органов и структур данной области с целью выявления ГПОД и укорочения пищевода.[3]

Консервативное лечение. Целью лечения являются снижение выраженности симптомов, создание условий для заживления эрозий и язв, предупреждение развития осложнений. В первую очередь необходимо начать с коррекции образа жизни и диеты, со снижения избыточной массы тела, отказа от курения. Важно исключить факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления. Медикаментозная

терапия условно делится на 2 этапа: основной (не менее 4-8 нед) и поддерживающий (6-12 мес).

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (омепразол, рабепразол, декслансопразол, эзомепразол) считаются наиболее эффективными и безопасными лекарственными средствами для лечения ГЭРБ. Данную группу препаратов в соответствующих дозировках используют как на основном, так и на поддерживающем этапе лечения. Снижая секрецию соляной кислоты, ИПП способствуют заживлению эрозивно-язвенных поражений.[4]

Следующие группы препаратов применяют для поддерживающей терапии или для устранения редко возникающей изжоги в режиме «по требованию». Альгинаты, антациды и адсорбенты создают защитный барьер на слизистой оболочке и уменьшают количество гастроэзофагельных и дуоденогастроэзофагельных рефлюксов. Так как имеются нарушения моторики пищевода и желудка, в лечении целесообразно также использовать прокинетики (мотилиум, ганатон) – препараты, которые способствуют нормализации моторики ЖКТ и улучшению функции НПС. Эту группу рекомендуют применять в составе комплексной терапии совместно с ИПП.

Хирургическое лечение заключается в органосберегающей антирефлюксной операции – фундопликации (Рис. 4). Существуют различные модификации этой операции: фундопликация по Nissen, по Touret, модификация РНЦХ им. Б.В. Петровского. Все вышеперечисленные операции на сегодняшний день проводятся также в лапароскопическом варианте. К хирургической коррекции прибегают в случае осложненного течения заболевания и для этого существуют определенный ряд показаний: безуспешное консервативное лечение в течение 6 мес.; осложнения (рубцовые стриктуры, кровотечения, пищевод Барретта с дисплазией); частые аспирационные пневмонии; сочетанная бронхиальная астма. Также при сопутствующих заболеваниях (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический калькулезный холецистит) показано сочетанное антирефлюксное вмешательство.[5]

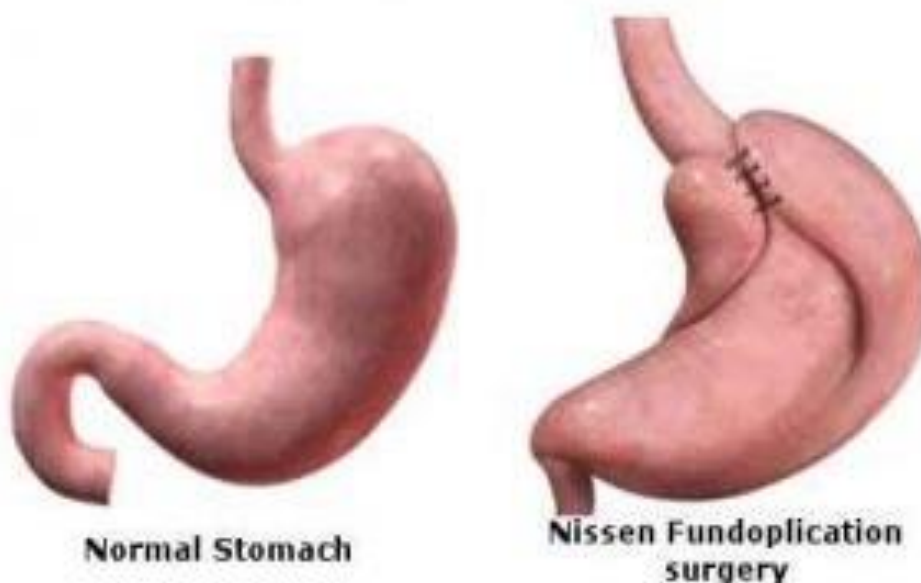


Рис. 4. Схема фундопликации

Бужирование и баллонная гидродилатация под рентгенологическим или эндоскопическим контролем позволяет ликвидировать сформировавшуюся пептическую рубцовую стриктуру пищевода. В случае неэффективности этих методов можно выполнить продольное рассечение с поперечным ушиванием. Субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудочной трубкой выполняется при протяженных стриктурах, образовании пищевода Барретта с тяжелой дисплазией.

В настоящее время бурно развивается малоинвазивная эндоскопическая хирургия в лечении ГЭРБ: безразрезная трансоральная фундопликация (TIF) (рис.5), метод Стретта (рис.6). [6]

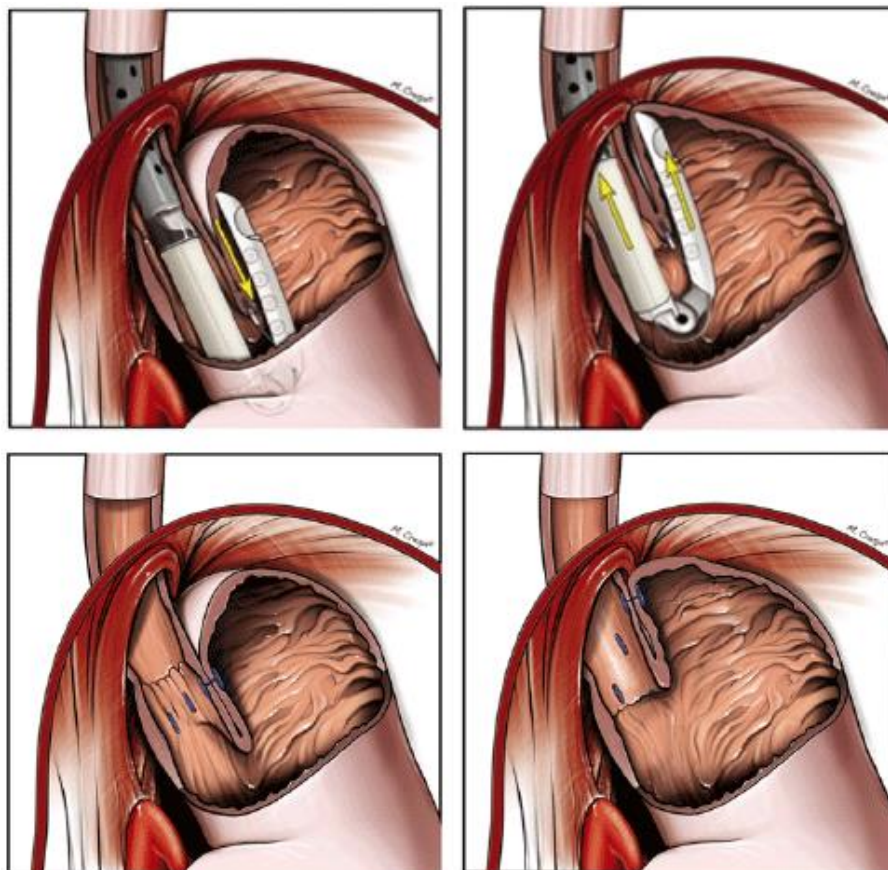


Рис. 5. Безразрезная трансоральная фундопликация (TIF)

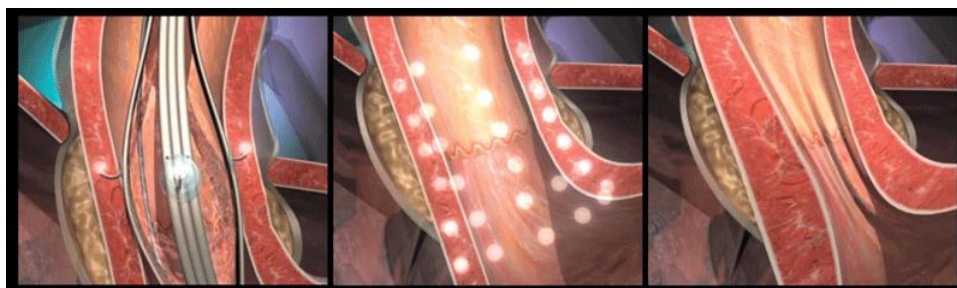


Рис. 6. метод Стретта

#### Список литературы

1. Савельев В.С. Клиническая хирургия: национальное руководство в трех томах. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Auyang E.D. и др. Endoluminal Treatments for Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) С. 22.
3. Chernousov A.F. Khirurgiia pishchevoda: rukovodstvo dlia vrachei. Moskva: Meditsina, 2000.
4. Iwakiri K. и др. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015 // Journal of Gastroenterology. 2016. Т. 51. № 8. С. 751–767.
5. The SAGES Guidelines Committee и др. Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease // Surgical Endoscopy. 2010. Т. 24. № 11. С. 2647–2669.
6. Tytgat G.N. и др. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease: TREATMENT OF GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2007. Т. 27. № 3. С. 249–256.