

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике сестринского персонала

В.В. Скворцов, А.В. Морозов

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Волгоград
email: vskvortsov1@ya.ru

Сведения об авторах

1. Скворцов Всеволод Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней, ФГБОУ ВО ВолГМУ МЗ РФ, ORCID: 0000-0002-2164-3537, vskvortsov1@ya.ru

2. Морозов Александр Валерьевич, студент V курса, ФГБОУ ВО ВолГМУ МЗ РФ. E-mail: utrotv@mail.ru.

Резюме

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) характеризуется множеством клинических проявлений, включая бессимптомное течение и внепищеводные проявления, поэтому интерес к данной нозологии врачей разных специальностей огромен. Это одна из наиболее актуальных проблем заболеваний органов пищеварительного тракта. Распространенность ГЭРБ в странах Западной Европы составляет 10–20%, в России – 22,7%, а в Москве – 23,6% [1]. Согласно результатам исследований, заболеваемость ГЭРБ неуклонно растет (ежегодный прирост примерно 5%). Важность ГЭРБ определяется ее клинической значимостью, в частности возможностью существования так называемых внепищеводных проявлений и недостаточной эффективности методов лечения. Все это привлекает внимание ученых-гастроэнтерологов к изучению патофизиологических и клинических проблем ГЭРБ.

Ключевые слова: ГЭРБ, этиология, патогенез, симптомы, диагностика, лечение.

Для цитирования: В.В. Скворцов, А.В. Морозов. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике сестринского персонала. Медицинская сестра, 2024; 26 (3): 43–48. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2024-03-08>

Gastroesophageal reflux disease in nurse practice

V.V. Skvortsov, A.V. Morozov

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Volgograd state medical university» of the ministry of health of the Russian Federation, Volgograd

Information about the authors

1. Skvortsov Vsevolod Vladimirovich, Doctor of Medicine, Associate Professor of the Department of Internal Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Volgograd state medical university» of the ministry of health of the Russian Federation, ORCID: 0000-0002-2164-3537, vskvortsov1@ya.ru

2. Morozov Aleksandr Veler'evich, 5th year student of Faculty of General Medicine FSBEI HE VolgSMU MOH Russia, e-mail: utrotv@mail.ru

Abstract

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is characterized by a large number of clinical manifestations, including asymptomatic and extraesophageal manifestations, so the interest in this nosology of doctors of

various specialties is huge. Gastroesophageal reflux disease is considered by modern gastroenterologists as one of the most urgent problems of diseases of the digestive tract. The prevalence of GERD in Western Europe is 10–20%, in Russia – 22,7%, and in Moscow – 23,6% [1]. Studies show that the incidence of this pathology is steadily increasing (annual increase of about 5%). The importance of gastroesophageal reflux disease is determined by its clinical significance, in particular, the possibility of the existence of so-called extraesophageal manifestations, as well as the lack of effectiveness of existing methods of treatment. All this causes close attention of gastroenterologists to the study of pathophysiological and clinical problems of gastroesophageal reflux disease.

Keywords: GERD, etiology, pathogenesis, symptoms, diagnosis, treatment.

For citation: Skvortsov V.V., Morozov A.V. Gastroesophageal reflux disease in nurse practice. *Meditsinskaya sestra (The Nurse)*, 2024; 26 (3): 43–48. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2024-03-08>

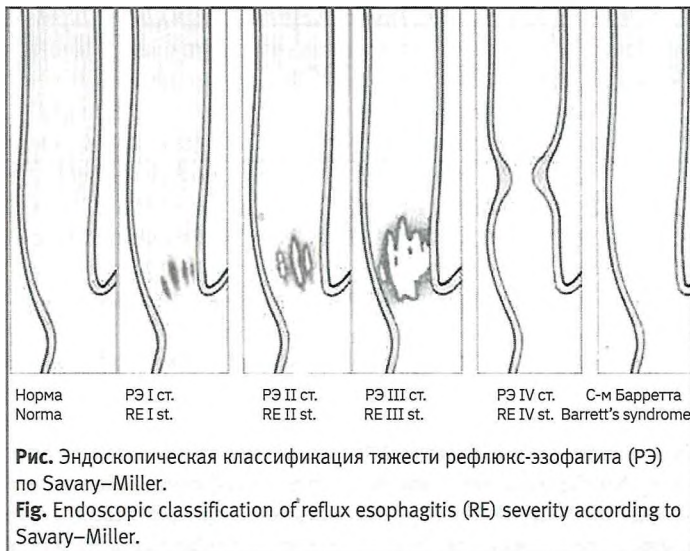
Определение

Под термином «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) принято понимать определенный клинический симптомокомплекс, который возникает в результате заброса содержимого желудка в пищевод. ГЭРБ – это хроническое заболевание, протекающее с периодами обострения и ремиссии и, как правило, постепенно прогрессирующее [2].

Этиология и патогенез

ГЭРБ – это заболевание с первичным нарушением моторики пищевода и желудка. Ведущее место в патогенезе занимает нарушение функции антирефлюксного барьера, возникающее из-за первичного снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), увеличения числа его спонтанных расслаблений, структурных изменений – сопутствующей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Немаловажно в развитии заболевания: снижение химического (вследствие снижения нейтрализующего действия слюны и бикарбонатов пищеводной слизи) и объемного (в результате угнетения вторичной перистальтики и ослабления тонуса грудного отдела пищевода) эзофагеального клиренса, то есть способности пищевода нейтрализовать и удалять обратно в желудок попавшее в него кислое содержимое. Другие патогенетические факторы ГЭРБ – повреждающие свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, нарушение опорожнения желудка, повышение внутрибрюшного давления.

Также этиологическую роль играют вынужденное положение тела с наклоном туловища, избыточная масса тела, курение или злоупотребление алкоголем, прием лекарственных препаратов, снижающих тонус гладких мышц



(нитратов, блокаторов кальциевых каналов, холинолитиков и др.), некоторые заболевания (например, системная склеродермия) и некоторые физиологические состояния (беременность) [3].

В последнее время обсуждается вопрос о возможной роли микроорганизмов *Helicobacter pylori* (HP) в развитии ГЭРБ. В некоторых источниках имеется информация о том, что эрадикация HP при язвенной болезни приводит к возрастанию частоты сопутствующей ГЭРБ. Другие авторы, анализируя эти публикации, считают, что это объясняется недооценкой сопутствующих изменений пищевода, имевшихся к моменту эрадикации. В любом случае, пока нет данных, которые позволяли бы точно утверждать защитную роль HP в развитии ГЭРБ [4].

Эпидемиология

В работах последних лет показано, что часто возникающая изжога – ведущий симптом ГЭРБ – встречается у 20–40% всего населения. При беременности этот симптом возникает у 46% женщин. Что же касается РЭ, то это заболевание обнаруживается у 3–4% всего населения и у 6–12% лиц, которым проводили эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Особенностью поражения больных ГЭРБ является то, что с 18 лет частота заболевания резко увеличивается, но к 75–85 годам снижается, за исключением пациентов с выявленной пептической язвой пищевода [1].

Классификация

Кроме выделения эндоскопически позитивной и негативной ГЭРБ используется также оценка степени тяжести имеющегося рефлюкс-эзофагита по Savary–Miller (1978), которая предусматривает выделение 4 степеней тяжести РЭ.

При степени 0 наблюдается интактная слизистая оболочка пищевода. При РЭ I степени тяжести эндоскопически можно обнаружить картину преимущественно катарального эзофагита, а единичные эрозии захватывают менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода. При РЭ II степени эрозии становятся сливными и захватывают до 50% поверхности слизистой оболочки дистального участка пищевода. При РЭ III степени тяжести отмечаются циркулярно расположенные «сливные» эрозии, занима-

ющие практически всю поверхность слизистой оболочки пищевода. И IV степень тяжести РЭ характеризуется образованием пептических язв и стриктур пищевода, а также развитием тонкокишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Барретта) [5]. В некоторых классификациях последнее осложнение рассматривается как V степень тяжести РЭ (см. рисунок):

Клиническая картина

Наиболее характерным симптомом ГЭРБ является изжога – своеобразное чувство жжения или тепла различной интенсивности, возникающее за грудиной (в нижней ее трети) и/или в подложечной области, которая встречается более чем у 80% больных и происходит вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Изжога усиливается при погрешностях в диете, приеме алкоголя и газированных напитков, при физическом напряжении и наклонах туловища, а также в горизонтальном положении больного. Другими частыми симптомами служат отрыжка и срыгивание. Еще одним симптомом, наблюдаемым примерно у 20% больных ГЭРБ, является дисфагия – расстройство глотания, нарушение движения пищевого комка по глотке и пищеводу, а также неприятные ощущения, обусловленные задержкой пищи в этих органах. Дисфагия чаще всего носит перемежающийся характер и возникает на ранних стадиях заболевания, как правило, вследствие гипермоторной дискинезии пищевода. Появление стойкой дисфагии, сопровождаемое одновременным уменьшением изжоги, может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

Важный признак ГЭРБ – боли в эпигастральной области или области мечевидного отростка, возникающие вскоре после еды и усиливающиеся при наклонах туловища.

К внепищеводным симптомам ГЭРБ относятся боли в грудной клетке, напоминающие иногда приступы стенокардии, упорный кашель, дисфония. Эпизоды гастроэзофагеального рефлюкса способны провоцировать возникновение различных нарушений сердечного ритма (экстрасистолию, преходящую блокаду ножек пучка Гиса и др.). В результате гастроэзофагеального рефлюкса могут возникать повторные пневмонии и хронический гастрит, ларингит, фарингит, разрушение зубов [6].

Диагностика

На первом этапе диагностического поиска при ГЭРБ чаще всего используют клинический метод, основанный на жалобах больных и анамнезе заболевания. Типичные клинические проявления ГЭРБ возможны и при отсутствии рефлюкс-эзофагита и без труда могут быть выявлены в ходе грамотного расспроса пациента.

«Золотым стандартом» диагностики ГЭРБ остается эндоскопический метод исследования, позволяющий выявить рефлюкс-эзофагит даже на ранних стадиях ГЭРБ. При этом у больных с эндоскопически позитивной ГЭРБ при эндоскопическом исследовании часто выявляют гиперемию и отек слизистой оболочки пищевода (при катаральном РЭ), эрозивные и язвенные дефекты, занимающие в зависимости от степени тяжести различную по площади поверхность дистального отдела пищевода (при эрозивном РЭ). При эндоскопически негативной ГЭРБ эндоскопические признаки РЭ