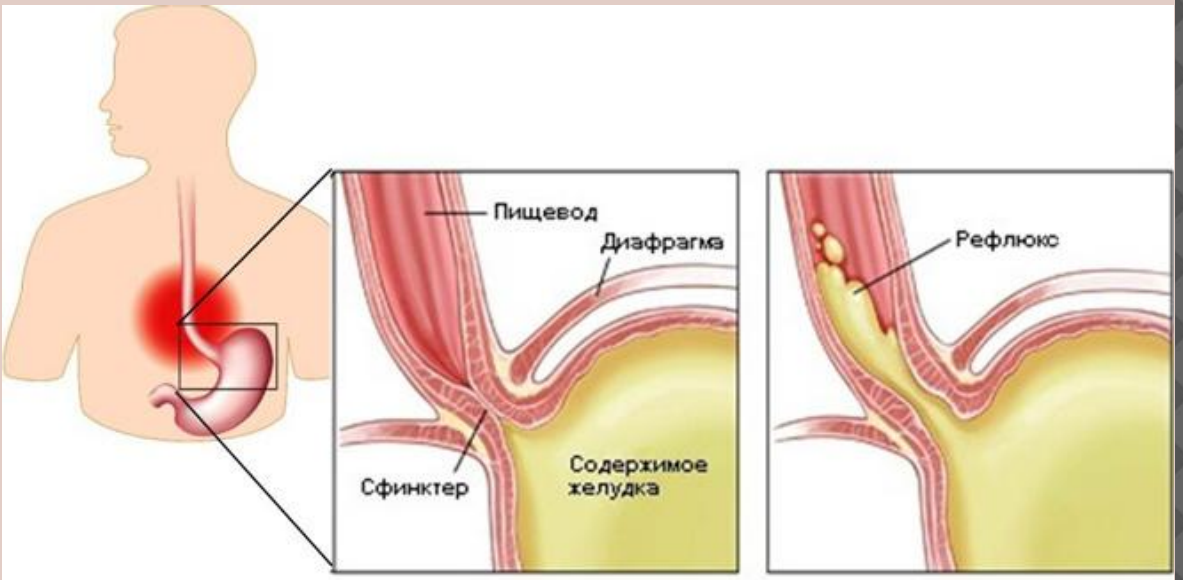
"СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИРОДЕ, МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ГЭРБ"

Выполнила:
студентка 5 курса
группы 1608
Иванина А.Е.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем функциональных нарушений и/или дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, простого (катарального), эрозивного или язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных со временем – цилиндроклеточной (железистой) метаплазии (пищевода Баррета).

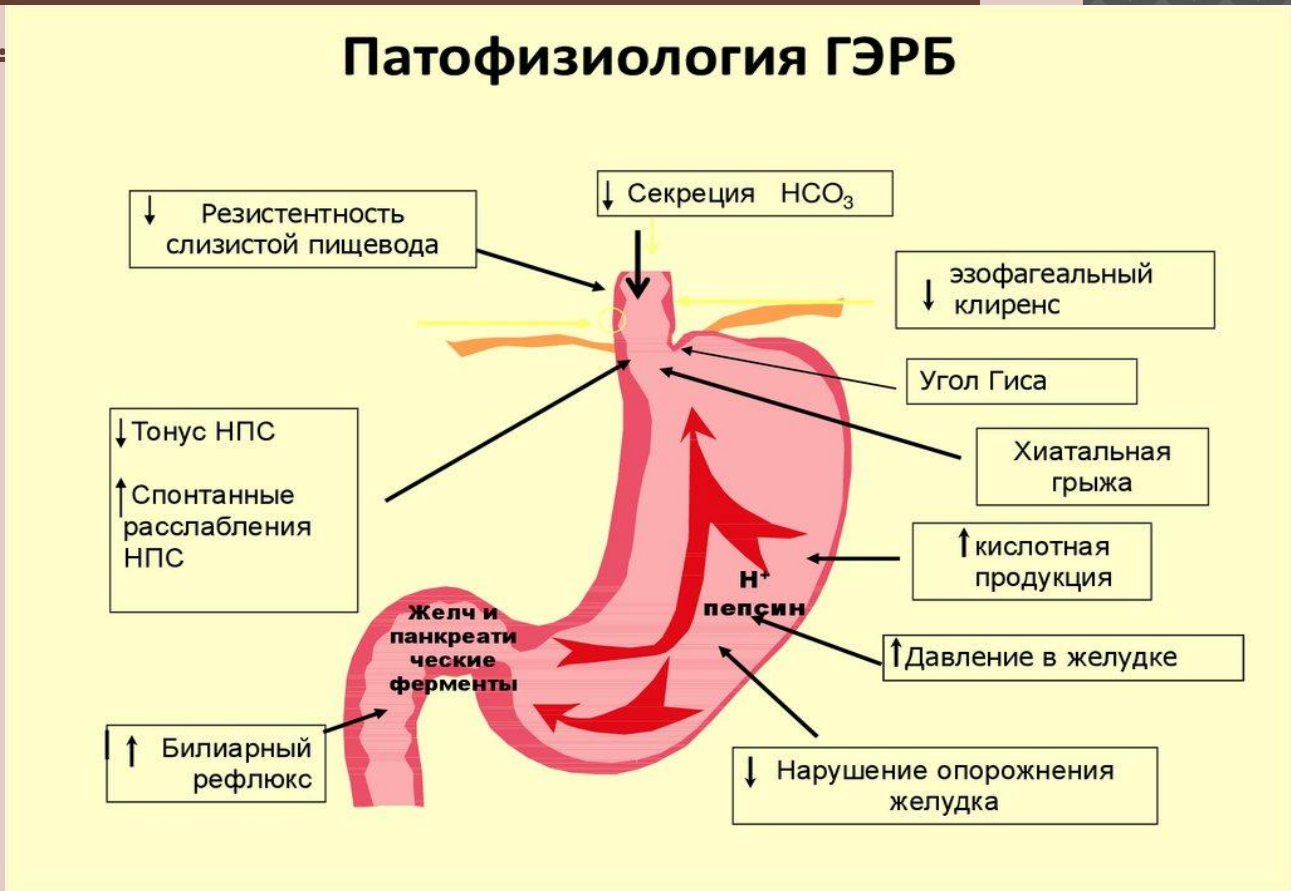


Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

Основные факторы, объясняющие возникновение ГЭР:

1) недостаточность кардии;
2) нарушение клиренса пищевода;
3) гастродуоденальная дисморитка.

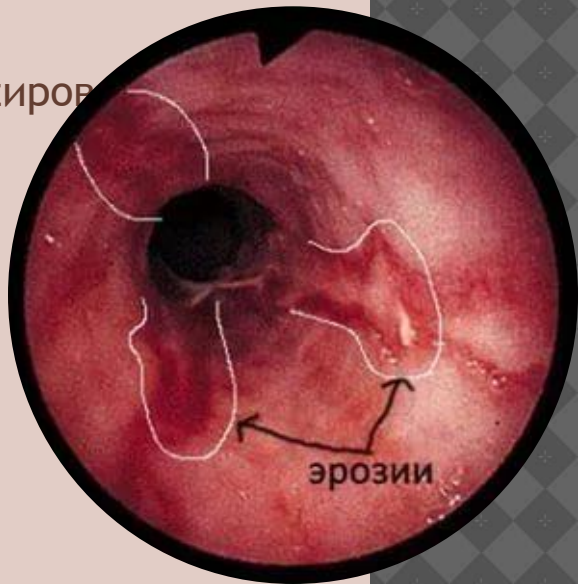
Превалирование факторов агрессии при достаточной защите, дефекты защиты при относительно спокойном уровне агрессивных факторов, или же сочетание агрессии с недостаточной защитой ведет к развитию ГЭРБ.



Факторы, способствующие развитию ГЭРБ:

Причины, приводящие к учащению эпизодов спонтанной релаксации нижнего пищеводного сфинктера:

1. Нарушение перистальтики пищевода (дискинезии пищевода), приводящее к сглаживанию пищеводно-желудочного угла, снижению давления на нижнюю часть пищевода в грудной клетке. Нередко этому способствует невротическое состояние больного или такие заболевания, как системный склероз, диафрагмальная грыжа.
2. Торопливая, быстрая и обильная еда, во время которой проглатывается большое количество воздуха, что приводит к повышению внутрижелудочного давления, расслаблению нижнего пищеводного сфинктера и забросу содержимого желудка в пищевод.
3. Метеоризм.
4. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки.
5. Дуоденостаз любой этиологии.
6. Избыточное употребление в пищу жирного мяса, тугоплавких жиров (сала), мучных изделий, острых приправ, жареных блюд. Данные виды пищи способствуют длительной задержке пищевых масс в желудке и повышению внутрибрюшного давления.



На развитие гипотонии нижнего пищеводного сфинктера влияют следующие факторы:

1. Употребление продуктов, содержащих кофеин (кофе, чай, кола), а также лекарственных препаратов, в состав которых входит кофеин (цитрамон, кофетамин и др.).
2. Прием мяты перечной.
3. Прием медикаментозных средств, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (антагонисты кальция, папаверин, дротаверин, баралгин, холинолитики, доксициклин и др.).
4. Поражение блуждающего нерва (вагусная нейропатия при сахарном диабете, ваготомия).
5. Курение.
6. Употребление алкоголя (при этом не только снижается тонус нижнего пищеводного сфинктера, но и повреждаются сам сфинктер и слизистая оболочка пищевода).
7. Беременность (в этом случае гипотензия обусловлена влиянием гормональных факторов: высокой эстрогенемией и прогестеронемией, а также повышением внутрибрюшного давления).

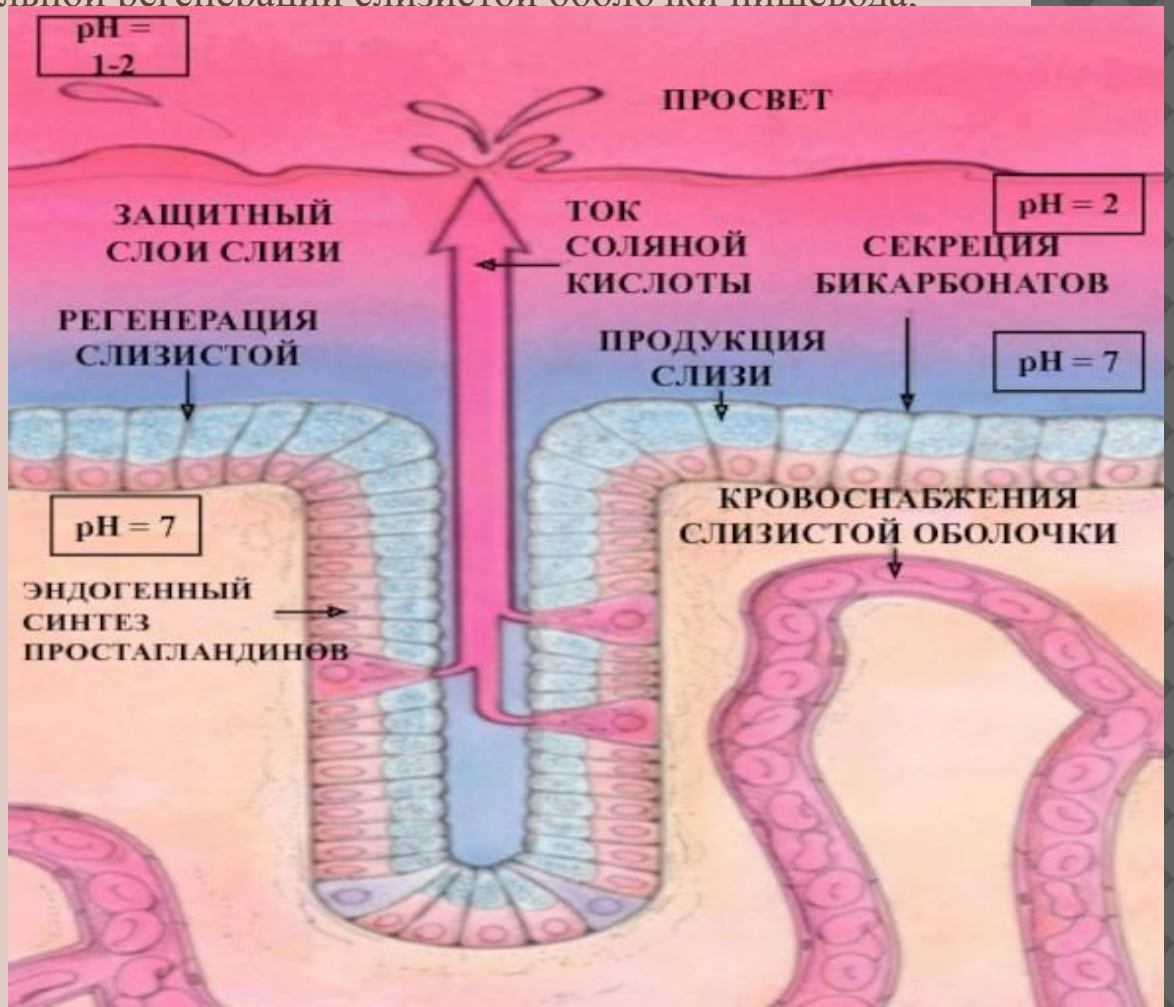
Факторы резистентности слизистой оболочки пищевода.

Резистентность слизистой оболочки пищевода обеспечивается защитной системой, состоящей из трех основных частей:

1. *Предэпителиальной защиты* (слюнные железы, железы подслизистой оболочки пищевода), включая муцин, немуциновые протеины, бикарбонаты, простагландины Е2, эпидермальный фактор роста.

2. *Эпителиальной защиты* — нормальной регенерации слизистой оболочки пищевода, которую можно подразделить на структурную (клеточные мембраны, межклеточные соединительные комплексы) и функциональную (эпителиальный транспорт Na+/H+, Na+-зависимый транспорт Cl–/HCO3, внутриклеточные и внеклеточные буферные системы, клеточная пролиферация и дифференцировка).

3. *Постэпителиальной защиты* (нормальный кровоток и тканевой кислотно-щелочной баланс).



Клинические проявления:

Эзофагеальные симптомы:

- *Изжога* (встречается у 83 % больных и появляется вследствие длительного контакта кислого (pH < 4,0 ед.) желудочного содержимого со слизистой пищевода).
- *Отрыжка и срыгивание* (обнаруживается у 52 % больных. Может быть кислой (при забросе кислоты) и горькой (регургитация дуоденального содержимого). Срыгивание — это отрыжка пищей или воздухом. Данный симптом наблюдается у некоторых больных ГЭРБ, усиливается при физическом напряжении и при положении, способствующем регургитации.
- *Дисфагия* — это нарушение прохождения пищи по пищеводу, наблюдается у 19 % пациентов с ГЭРБ. Характерной особенностью данного симптома является его перемежающийся характер. Основой такой дисфагии является гипермоторная дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию.
- *Боль в эпигастральной области*, появляющаяся в проекции мечевидного отростка вскоре после еды и усиливающаяся при наклонных движениях.
- *Одинофагия* — ощущение боли при прохождении пищи по пищеводу. Обычно встречается при выраженном поражении слизистой пищевода с формированием множественных эрозий и язв.
- *Икота* нередко может быть единственным признаком ГЭРБ. Она обусловлена возбуждением диафрагмального нерва, раздражением и сокращением диафрагмы.

Внеэзофагеальные симптомы:

К бронхолегочным и отоларингологическим проявлениям ГЭРБ относят хронический кашель, пневмонию, бронхиальную астму, ХОБЛ, хронический фарингит, хронический ларингит (в том числе, дисфонию), ларингоспазм, ощущение инородного тела в глотке, хронический средний отит.
В патогенезе изменений респираторного тракта ведущую роль играют проксимальные рефлюксы, приводящие к постоянным забросам желудочного содержимого в верхние отделы пищевода, носовую полость, гортань, трахею и глотку с развитием хронических воспалительных изменений в последних. Помимо этого, приступы БА на фоне ГЭРБ могут возникать в результате рефлекторного (вагусного) раздражения рецепторов слизистой оболочки дистальной части пищевода кислым желудочным содержимым, опосредуемым парасимпатическим отделом вегетативной нервной системы (ваго-вагальная теория).

Среди внепищеводных проявлений гастроэзофагеального рефлюкса наиболее часто встречается боль в грудной клетке, подобная стенокардитической. Боль в грудной клетке возникает вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичного эзофагоспазма), причиной которой может быть дефект системы ингибирующего трансмиттера — оксида азота.

Пусковым моментом для возникновения эзофагоспазма и, соответственно, боли, тем не менее, всегда оказывается патологический (продолжительный) желудочно-пищеводный рефлюкс. В ряде случаев имеет место повышенная чувствительность рецепторов слизистой оболочки пищевода — так называемый «раздраженный» пищевод. Длительный рефлюкс может приводить к появлению аритмий сердца.

Патологические изменении полости рта. Различают поражения как твердых тканей зубов, так и мягких тканей орофациальной области (красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта, языка, пародонта). Выраженность изменений в полости рта у больных ГЭРБ зависит от степени ацидификации слюнной жидкости. На фоне постоянных ГЭР происходит снижение pH слюны ниже 7,0 ед. При этом слюна начинает оказывать повреждающее действие на слизистую оболочку полости рта и приобретает выраженные деминерализирующие свойства в отношении твердых тканей зубов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!