Патофизиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Подготовила: Слонева Нина

Факультет: ОМ

Группа:38-2

ПЛАН

- Определение ГЭРБ
- Этиология и патогенез
- Классификация
- Лечение
- Литература

ГЭРБ – это хроническое рецидивирующее заболевание, обуслов-ленное нарушением моторноэвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся за-брасыванием в пищевод желудочного или желудочно-кишечного содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функцио-нальных нарушений

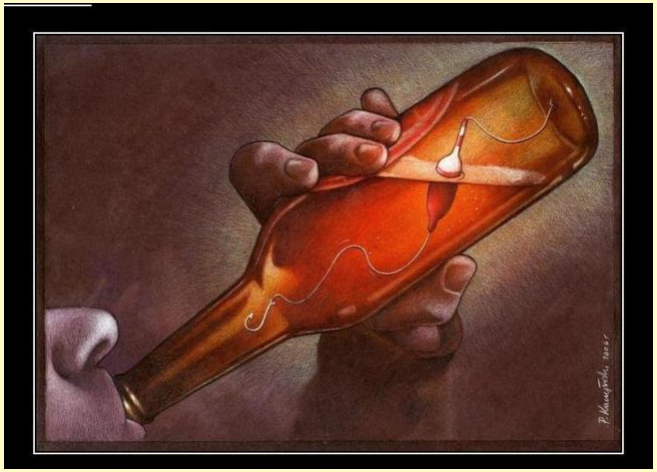
Vakil N et al., 2006

- По данным обследования наличие симптомов ГЭР выявляется у 30-40% населения, причем до 25% пациентов данной группы нуждаются в постоянном медикаментозном, а до 15% - исключительно в хирургическом лечении.

Этиология и патогенез

По современным представлениям, ГЭРБ рассматривается как заболевание с первичным нарушением моторики пищевода и желудка. Ведущее место в ее патогенезе занимает нарушение функции антирефлюксного барьера, которое может возникать вследствие первичного снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), увеличения числа его спонтанных расслаблений, структурных изменений НПС, например, при сопутствующей грыже пищеводного отверстия диафрагмы Важную роль в развитии заболевания играет также снижение химического (вследствие уменьшения 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 нейтрализовывать и удалять обратно в желудок попавшее в него кислое желудочное содержимое. Другими патогенетическими факторами ГЭРБ являются повреждающие свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, нарушение опорожнения желудка, повышение внутрибрюшного давления.

- Определенную этиологическую роль играют вынужденное положение тела с наклоном туловища, избыточная масса тела, курение и злоупотребление алкоголем, прием определенных лекарственных препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитратов, блокаторов кальциевых каналов, эуфиллина, холинолитиков и др.), некоторые заболевания (например, системная склеродермия) и физиологические состояния (беременность).



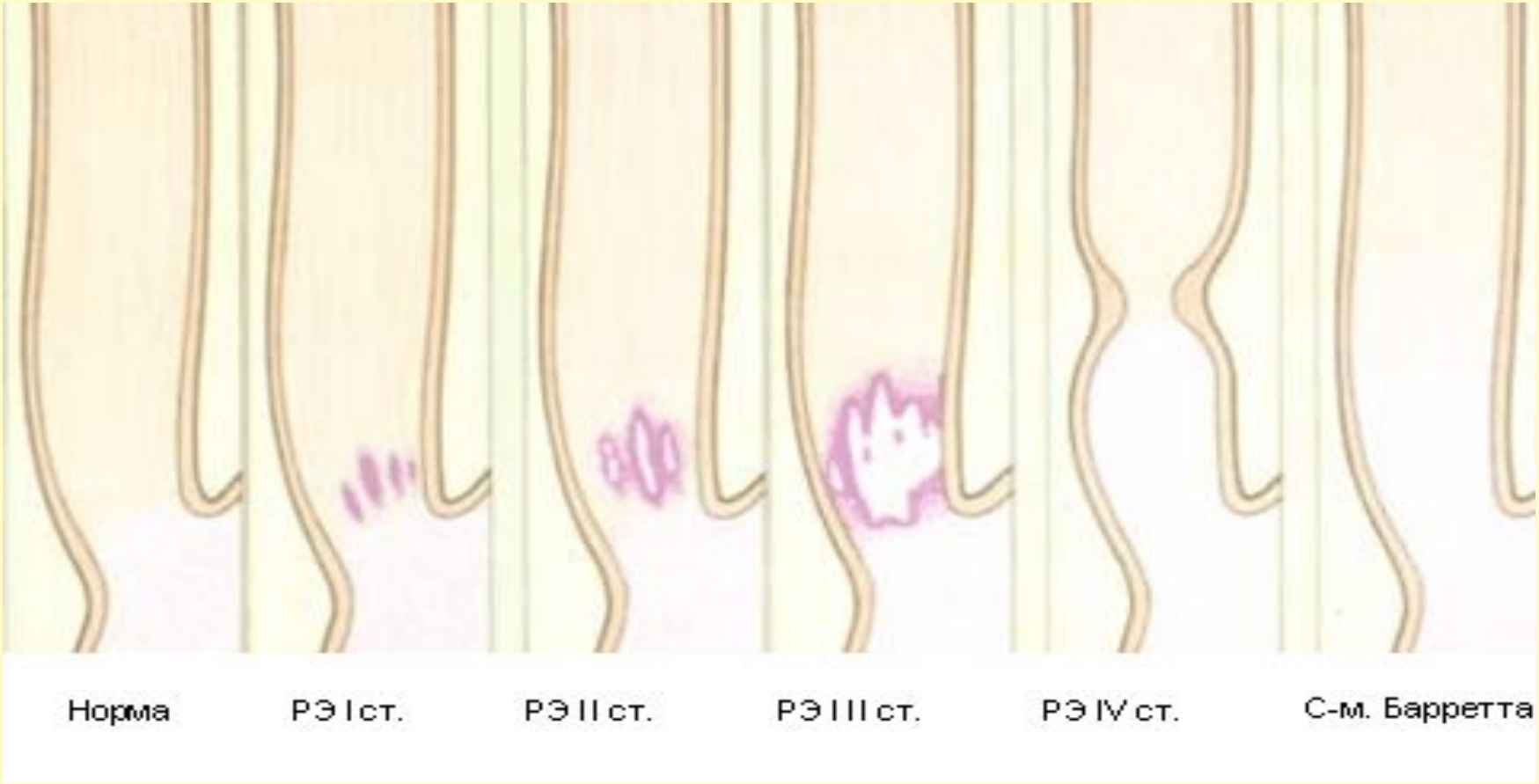
Классификация

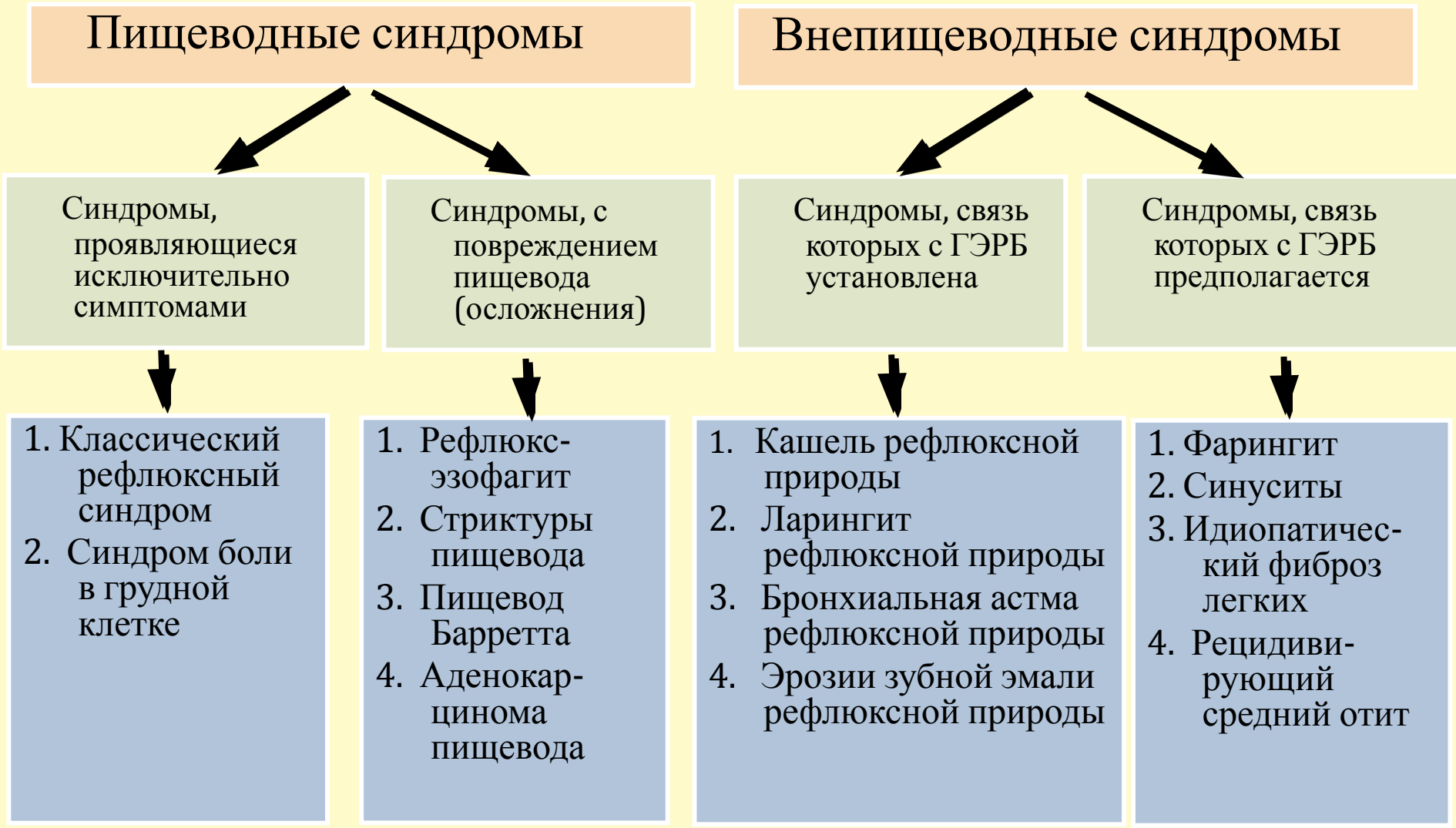
Выделяют 4 степени тяжести РЭ

При степени 0 наблюдается интактная слизистая оболочка пищевода.

При РЭ I степени тяжести эндоскопически обнаруживается картина преимущественно катарального эзофагита, а единичные эрозии захватывают менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода. При РЭ II степени тяжести эрозии становятся сливными и захватывают уже до 50% поверхности слизистой оболочки дистального участка пищевода. При РЭ III степени отмечаются циркулярно расположенные сливные эрозии, занимающие практически всю поверхность слизистой оболочки пищевода («булыжная мостовая»). Наконец, IV степень тяжести РЭ характеризуется образованием пептических язв и стриктур пищевода, а также развитием тонкокишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Барретта). В некоторых классификациях последнее осложнение рассматривается как 5 степень тяжести РЭ (на рисунке):

Эндоскопическая классификация тяжести рефлюкс-эзофагита (РЭ) по Savary-Miller





Vakil N et al., 2006

Клиническая картина

Клинические проявления ГЭББ весьма разнообразны и многочислены. Принято выделять эзофагиальные и экстраэзофагиальные симптомы.

Эзофагиальные симптомы

Изжога считаеатся ключевой жалобой у взрослых пациентов с ГЭРБ. Более того , многие серьезные исследователи, Изучая эпидемиологию ГЭРБ, в качестве базовой жалобы Рассматривают именно изжогу. Она развивается вследствии Раздражения желудочным соком чувствительных нервов слизистой оболочки пищевода и ощущается больными в виде тепла и жжения за грудиной.

Регургитация – это пассивное движение желудочного содержимого через пищевод и далее в ротовую полость. Усугубляется в положении лежа или при наклонении туловища.

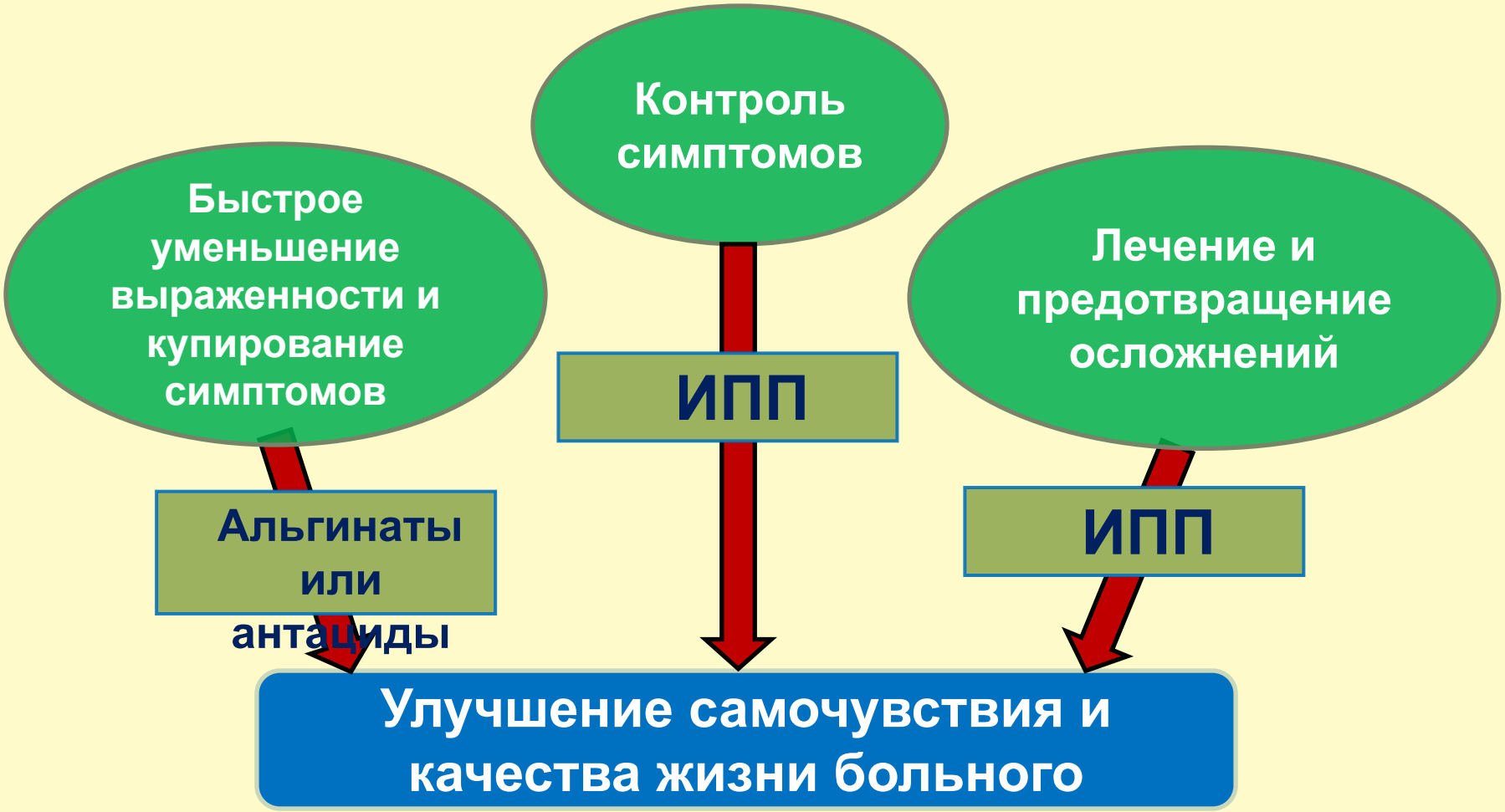
Симптом « мокрого пятна» - появление на подушке после сна пятна белесоватого Цвета , ощущение увеличенного количества жидкости во рту. Возникновение симптома обусловлено эзофагослюнным рефлексом . Наиболее часто этот симптом фиксируется у детей раннего возраста у которых он обычно обусловлен гиперсаливацией.

Отрыжка воздухом . После обильного приема пищи и газированных напитков считается физиологическим явлением. Горькая отрыжка характерна не столько для желудочно- пищеводного, сколько для дуаденогастрального рефлюкса. Отрыжка кислым
Нередко оценивается больными как изжога и часто сочетается с неприятным вкусом во рту.
Дисфагия – ощущение кома за грудиной . В основе этой жалобы лежат нарушение моторной функции пищевода.

Экстраэзофагиальные симптомы

В основном представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной системы, ЛОР- органов, и ССС,

Основные цели лечения ГЭРБ



Несмотря на значительное количество исследований, посвященных терапии ГЭРБ, до настоящего времени не выработана определенная единая концепция лекарственного лечения больных. Основными целями медикаментозного лечения больных ГЭРБ являются предотвращение возникновения рефлюкса, уменьшение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса, а также устранение диффузных и очаговых патологических поражений слизистой оболочки пищевода и повышение ее защитных свойств. При этом лечение должно быть комплексным, включающим в себя как прием лекарственных препаратов, так и нормализацию образа жизни. Вероятность возникновения гастроэзофагеального рефлюкса уменьшается при подъеме головного конца кровати на 15-20 см. Больным необходимо воздерживаться от физических упражнений, связанных с наклонами туловища, избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, ношения тугих поясов и ремней.

Осложнения

К числу главных осложнений ГЭРБ относятся пептические стриктуры пищевода, кровотечения и развитие синдрома Барретта.
Синдром Барретта (пищевод Барретта) – это наличие желудочной метаплазии слизистой оболочки пищевода проксимальнее 2,5 см от кардии (желудочно-пищеводного соединения). Синдром Барретта относится к предраковым заболеваниям, поскольку риск развития аденокарциномы у таких пациентов возрастает, по данным разных исследователей, в
Данное осложнение развивается у 10-15% больных эрозивным РЭ.
Еще в 1950 году английский хирург N.Barrett обратил внимание на
30-125 раз.

При возникновении и прогрессировании пептической стриктуры пищевода у больных часто появляются боли за грудиной и в подложечной области. При дифференциальной диагностике стриктур пищевода следует учитывать следующее: больные с доброкачественной пептической стриктурой пищевода долго не теряют в массе тела, в отличие от больных со злокачественным сужением пищевода.
При пищеводном кровотечении наблюдается внезапная слабость, бледность кожных покровов, снижение АД, нитевидный пульс, рвота “кофейной гущей” с прожилками алой крови. После купирования кровотечения необходимо проводить профилактику его рецидивов.

Прогноз

- Прогноз для жизни при неосложненной ГЭРБ – благоприятный.
  Прогноз для здоровья – благоприятный.
  Прогноз для трудоспособности – благоприятный.
  Таким образом, последние достижения в изучении патогенеза ГЭРБ, совершенствование ее диагностики и разработка новых методов терапии позволили достичь существенных успехов в лечении данного заболевания и профилактике его осложнений.

Vakil N et al., 2006

Литература

Васильев Ю.В. Терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни //
Consillium Medicum; 2002; т. 4, №1: 33-42.

Заин У.А., Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. и др. Значение суточного мониторирования внутрипищеводного pH в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и оценке эффективности
лекарственных препаратов // Клиническая медицина; 1999; №7: 39-42.

Билхарц Л.И. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии; 1998; т. 8, №5: 69-76.

Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Consillium Medicum; 2000; т. 2, №7: 26-32.