

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	9
ЧАСТЬ IV. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	13
Глава 31. Заболевания пищевода	15
31.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	15
31.2. Пищевод Барретта	26
31.3. Эзофагиты	28
31.4. Ахалазия кардии	33
31.5. Опухоли пищевода	36
Глава 32. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	40
32.1. Хронический гастрит	40
32.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	54
32.3. Рак желудка	70
32.4. Функциональная диспепсия	84
32.5. Диагностический поиск при синдроме желудочной диспепсии	89
Глава 33. Заболевания тонкой и толстой кишки	94
33.1. Целиакия	94
33.2. Дисахаридазная недостаточность	99
33.3. Болезнь Уиппла	101
33.4. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке	103
33.5. Синдром нарушенного всасывания	105
33.6. Диарея	109
33.7. Болезнь Крона	112
33.8. Язвенный колит	119
33.9. Дивертикулярная болезнь толстой кишки	125
33.10. Псевдомембранозный колит	130
33.11. Рак толстой кишки	130
33.12. Синдром раздраженного кишечника	134
33.13. Диагностический поиск при синдроме кишечной диспепсии	142
Глава 34. Заболевания печени, желчного пузыря и поджелудочной железы	145
34.1. Хронический гепатит	145
34.2. Хронический вирусный гепатит	146
34.3. Аутоиммунный гепатит	151
34.4. Алкогольная болезнь печени	153
34.5. Неалкогольная жировая болезнь печени	160
34.6. Первичный билиарный холангит	165

34.7. Первичный склерозирующий холангит	166
34.8. Болезнь Вильсона—Коновалова	168
34.9. Наследственный гемохроматоз.	170
34.10. Лекарственные поражения печени	172
34.11. Цирроз печени.	173
34.12. Печеночная недостаточность	176
34.13. Злокачественные опухоли печени	178
34.14. Хронический холецистит.	179
34.15. Дискинезии желчевыводящих путей	184
34.16. Желчнокаменная болезнь	188
34.17. Хронический панкреатит.	195
ЧАСТЬ V. РЕВМАТОЛОГИЯ	201
Глава 35. Ревматоидный артрит.	203
Глава 36. Системная красная волчанка	232
Глава 37. Антифосфолипидный синдром	251
Глава 38. Системная склеродермия.	261
Глава 39. Идиопатические воспалительные миопатии	274
Глава 40. Синдром Шегрена.	285
Глава 41. Спондилоартриты	293
41.1. Реактивные артриты	302
Глава 42. Псориатический артрит	306
Глава 43. Остеоартрит	313
Глава 44. Системные васкулиты	320
44.1. Артериит Такаясу	321
44.2. Гигантоклеточный артериит	326
44.3. Узелковый полиартериит.	330
44.4. Облитерирующий тромбангиит	335
44.5. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)	339
44.6. Микроскопический полиангиит	345
44.7. IgA-васкулит (Болезнь Шенлейна—Геноха)	348
Глава 45. Подагра	353
Глава 46. Остеопороз	362
ЧАСТЬ VI. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ	369
Глава 47. Нормальный гемопоэз	371
Глава 48. Анемии	379
48.1. Железодефицитные анемии	379

48.2. Анемии, связанные с нарушением синтеза ДНК (мегалобластные)	382
48.3. Гемолитические анемии	386
48.4. Талассемии.	397
48.5. Апластические анемии.	399
48.6. Парциальная красноклеточная аплазия	402
48.7. Порфирии.	403
Глава 49. Опухоли системы крови.	406
49.1. Острые лейкозы.	406
49.2. Миелодиспластический синдром.	420
49.3. Хронические лейкозы.	427
49.4. Лимфомы и хронические лимфолейкозы.	434
49.5. Инфекционный мононуклеоз.	453
Глава 50. Геморрагические состояния	455
50.1. Тромбоцитопении.	456
50.2. Тромбоцитопатии	460
50.3. Коагулопатии.	462
 ЧАСТЬ VII. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА.	 471
Глава 51. Сахарный диабет	473
Глава 52. Ожирение	522
Глава 53. Заболевания щитовидной железы	534
Глава 54. Болезни гипофиза и гипоталамо-гипофизарной области	566
Глава 55. Заболевания коры надпочечников.	583
Глава 56. Феохромоцитома.	602
Глава 57. Заболевания паращитовидных желез и другие гипо- и гиперкальциемические состояния	605
 ЧАСТЬ VIII. НЕКОТОРЫЕ НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ	 631
Глава 58. Коматозные состояния	633
Глава 59. Смерть мозга	647
Глава 60. Шок и коллапс.	650
Глава 61. Острая дыхательная недостаточность	650
Глава 62. Отек легких.	650
Глава 63. Общая токсикология	651

Глава 64. Частная токсикология	655
64.1. Отравление этанолом	655
64.2. Отравление суррогатами алкоголя	662
64.3. Отравление веществами прижигающего действия	667
64.4. Отравление наркотическими анальгетиками	671
64.5. Отравление снотворными средствами и транквилизаторами	673
64.6. Отравление фосфорорганическими и карбаматными соединениями	676
64.7. Отравление оксидом углерода	683
 Предметный указатель	 686

Глава 31

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

31.1. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — заболевание, обусловленное развитием воспалительных изменений в дистальном отделе пищевода и/или характерных симптомов вследствие регулярно повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.

ГЭРБ (по определению Российской гастроэнтерологической ассоциации) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов и повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных — цилиндроклеточной метаплазии.

Эпидемиология

Истинная распространенность ГЭРБ неизвестна, что связано с большой вариабельностью клинических симптомов — от эпизодически возникающей изжоги до ярких признаков осложненного рефлюкс-эзофагита. Истинная распространенность ГЭРБ значительно выше официальных статистических данных, что объясняется сложностями применения диагностических методов. Кроме этого, к врачу обращаются менее $\frac{1}{3}$ больных ГЭРБ.

ГЭРБ — одно из наиболее частых заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Симптомы ГЭРБ обнаруживают у 20–50% взрослого населения, а эндоскопические признаки — более чем у 7–10% обследованных в популяции. Эзофагит развивается у 45–80% больных с ГЭРБ. Распространенность пищевода Барретта (ПБ) среди больных эзофагитом близка к 8% (колеблется от 5 до 30%).

Классификация

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра выделяют ГЭРБ с эзофагитом (рефлюкс-эзофагит) (K21.0) и ГЭРБ без эзофагита (K21.9).

В клинической практике принята другая терминология:

- ▶ эндоскопически негативная рефлюксная болезнь, или неэрозивная рефлюксная болезнь;
- ▶ эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь, или рефлюкс-эзофагит.

Для детализации рефлюкс-эзофагита рекомендуют классификацию, принятую на X Всемирном съезде гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994) (табл. 31.1; рис. 31.1).

Таблица 31.1. Степени тяжести рефлюкс-эзофагита

Степень тяжести	Характеристика
A	Одно (или более) повреждение слизистой оболочки размером <5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
B	Одно (или более) повреждение слизистой оболочки размером >5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки (повреждение не распространяется на область между 2 складками)
C	Одно (или более) повреждение слизистой оболочки, распространяющееся на 2 складки и более слизистой оболочки, но занимающее <75% окружности пищевода
D	Одно (или более) повреждение слизистой оболочки, распространяющееся на 75% и более окружности пищевода

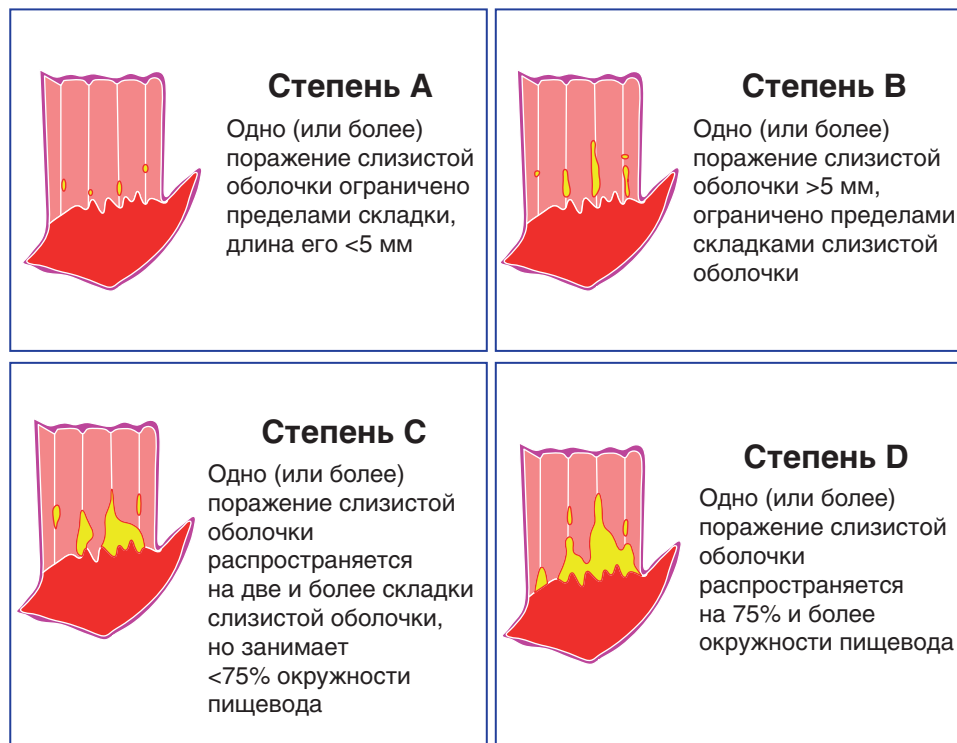


Рис. 31.1. Степени тяжести рефлюкс-эзофагита

К осложнениям ГЭРБ относят пептические стриктуры, пищеводные кровотечения, ПБ.

Примерно у 60% больных диагностируют неэрозивную рефлюксную болезнь, у 30% обнаруживают рефлюкс-эзофагит и у 5% развиваются осложнения. Кровотечения наблюдаются у 2% пациентов с эрозивно-язвенными поражениями пищевода, а пептические стриктуры пищевода формируются у 2–20% больных с ГЭРБ. К наиболее опасным осложнениям ГЭРБ относится ПБ, так как на его фоне возрастает риск развития аденокарциномы пищевода; частота ее возникновения за последние 20 лет увеличилась в 3–3,5 раза. По данным ряда авторов, ГЭРБ также способствует возникновению рака гортани.

Этиология и патогенез

К причинам развития ГЭРБ относят следующие:

- ▶ ослабление функции антирефлюксного барьера (запирательный механизм кардиального отдела желудка);
- ▶ уменьшение клиренса пищевода;
- ▶ снижение устойчивости слизистой оболочки пищевода к воздействию повреждающих факторов;
- ▶ увеличение выработки в желудке соляной кислоты, пепсина, поступление в желудок желчи.

Поскольку давление в желудке всегда выше, чем в грудной полости, существует особый механизм, предупреждающий рефлюкс желудочного содержимого, — так называемый запирательный механизм кардии. В норме рефлюкс возникает редко, на короткое время (<5 мин). Этот физиологический процесс, отмечаемый после приема пищи и характеризующийся отсутствием клинических симптомов и незначительной продолжительностью эпизодов, может быть во время сна. Нормальный показатель pH в нижней трети пищевода равен 6,0.

Пищеводный рефлюкс считают патологическим, если время, в течение которого pH в пищеводе достигает 4,0 и менее, составляет 1 ч в сутки или общее число гастроэзофагеальных рефлюксов в течение суток превышает 50, они развиваются днем и ночью.

К **механизмам, поддерживающим состоятельность функции пищеводно-желудочного перехода** (запирательный механизм кардии), относят:

- ▶ нижний пищеводный сфинктер (НПС);
- ▶ диафрагмально-пищеводную связку;
- ▶ слизистую «розетку»;
- ▶ острый угол Гиса, образующий складку Губарева;
- ▶ внутрибрюшное расположение НПС;
- ▶ круговые мышечные волокна кардиального отдела желудка.

Нижний пищеводный сфинктер

Главная роль в запирательном механизме принадлежит состоянию НПС. В покое у здорового человека он закрыт. В норме проходящие расслабления длятся 5–30 с и способствуют освобождению желудка от избытка проглоти-

ченного во время еды воздуха. У пациентов с ГЭРБ эти спонтанные эпизоды релаксации НПС частые и длительные. Причины этого — нарушение перистальтики пищевода, быстрая и обильная еда, когда заглатывается большое количество воздуха.

Тонус НПС снижают:

- ▶ продукты питания, содержащие кофеин (шоколад, кофе, чай, кока-кола), цитрусовые, томаты, алкоголь, никотин и жиры;
- ▶ некоторые лекарственные средства (ЛС): холинолитики, седативные и снотворные препараты, β -адреноблокаторы, нитраты, блокаторы медленных кальциевых каналов, теofilлин и другие препараты;
- ▶ поражения блуждающего нерва [вагусная невропатия при сахарном диабете (СД), ваготомии].

Давление в НПС снижается под влиянием ряда гастроинтестинальных гормонов: глюкагона, соматостатина, холецистокинина, секретина, вазоактивного интестинального пептида, энкефалинов.

Снижение функции антирефлюксного барьера может происходить тремя путями:

- ▶ первичным снижением давления в НПС;
- ▶ увеличением числа эпизодов его преходящего расслабления;
- ▶ полным или частичным разрушением сфинктера, например при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, склеродермии, после хирургических вмешательств, пневмокардиодилатации.

Угол Гиса

Это угол перехода одной боковой стенки пищевода в большую кривизну желудка, тогда как другая боковая стенка плавно переходит в малую кривизну. Воздушный пузырь желудка и внутрижелудочное давление способствуют тому, что складки слизистой оболочки желудка, образующие угол Гиса, плотно прилегают к правой стенке (складка Губарева), предотвращая заброс содержимого желудка в пищевод.

Снижение клиренса

Пищевод снабжен эффективным механизмом, устраняющим сдвиги pH в кислую сторону, — пищеводным клиренсом. У 50% больных с ГЭРБ пищеводный клиренс снижен. При этом страдают следующие варианты клиренса пищевода: химический — вследствие уменьшения нейтрализующего действия бикарбонатов слюны и пищеводной слизи; объемный — из-за угнетения вторичной перистальтики и снижения тонуса стенки грудного отдела пищевода. Перистальтика пищевода играет решающую роль в поддержании нормального клиренса пищевода.

Непосредственная причина рефлюкс-эзофагита — длительный контакт желудочного или дуоденального содержимого со слизистой оболочкой пищевода.

Резистентность слизистой оболочки пищевода

Обеспечивается презептимальным, эпителиальным и постэпителиальным факторами.

- ▶ Преэпителиальный фактор: защитный слой слизи и активная бикарбонатная секреция. Повреждение эпителия начинается, когда ионы водорода и пепсин или желчные кислоты преодолевают этот барьер.
- ▶ Эпителиальный фактор: особенности строения и функций клеточных мембран, межклеточных соединений, внутри- и межклеточного транспорта, создающие оптимальный pH.
- ▶ Постэпителиальный фактор: кровоснабжение слизистой оболочки пищевода, обеспечивающее адекватные трофические процессы, оптимальный кислотно-основной баланс.

С патофизиологической точки зрения, ГЭРБ — это кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

Клиническая картина

Особенность ГЭРБ — отсутствие зависимости выраженности клинических симптомов (изжоги, боли, регургитации) от степени изменений слизистой оболочки пищевода. Симптомы заболевания не позволяют дифференцировать неэрозивную рефлюксную болезнь с рефлюкс-эзофагитом.

Все симптомы можно объединить в две группы:

- ▶ пищеводные (изжога; отрыжка кислым, горьким или пищей; срыгивание; дисфагия; одинофагия; боли за грудиной);
- ▶ внепищеводные (кашель, приступы удушья, одышка; осиплость или охриплость голоса; сухость в горле, слюнотечение; кариес; признаки анемии).

В клинической картине ведущее место занимают изжога, отрыжка кислым содержимым, возникающая при наклоне вперед и в ночное время. Второе по частоте проявление данного заболевания — за грудиной боль. Реже наблюдаются дисфагию, срыгивание и одинофагию (боль при глотании).

Пищеводные симптомы

Изжога

Изжога — своеобразное чувство жжения или тепла различной интенсивности, возникающее за грудиной (в нижней трети пищевода) или в подложечной области. Отмечают у 83% больных с ГЭРБ. Возникает в результате продолжительного контакта содержимого желудка со слизистой оболочкой пищевода. Выраженность изжоги не коррелирует с тяжестью эзофагита. Характерно ее усиление при погрешностях в диете, приеме газированных напитков, алкоголя, физическом напряжении, наклонах вперед и в горизонтальном положении.

Отрыжка и срыгивание пищи

На отрыжку жалуются 52% больных. Как правило, она усиливается после еды, приема газированных напитков. Срыгивание пищи, наблюдаемое у некоторых больных, возникает при физической нагрузке и положении, способствующем регургитации. Отрыжка и срыгивание характерны для заболевания с выраженными нарушениями моторной функции пищевода.

Дисфагия и одиофагия

Дисфагия и одиофагия наблюдаются у 19% пациентов с ГЭРБ. Характерная особенность данных симптомов заключается в их перемежающемся характере. В основе этих симптомов лежит гипермоторная дискинезия пищевода, которая нарушает его перистальтику. Одиофагия (болезненное прохождение пищи по пищеводу) указывает, как правило, на эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки. Появление стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги свидетельствуют о развитии стриктуры пищевода. Быстро прогрессирующая дисфагия и потеря массы тела могут указывать на развитие аденокарциномы.

Загрудинная боль

Распространяется в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки и может имитировать стенокардию. При дифференциальной диагностике происхождения болей важно установить, что их провоцирует и что купирует. Для пищеводных болей характерны связь с приемом пищи, положением тела и купирование их приемом щелочных минеральных вод и антацидов. Боли купируются нитратами, но, в отличие от стенокардии, они не связаны с физической нагрузкой. Они возникают вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичный эзофагоспазм).

Внепищеводные симптомы

Внепищеводные проявления подразделяются на бронхолегочные, оториноларингологические, стоматологические (так называемые маски ГЭРБ).

К **бронхолегочным** проявлениям относят кашель, частые бронхиты, пневмонии, бронхиальную астму, легочный фиброз. Многочисленные исследования показали увеличение риска заболеваемости бронхиальной астмой, а также тяжести ее течения у больных с ГЭРБ. У 30–90% пациентов с бронхиальной астмой выявляется гастроэзофагеальный рефлюкс, что способствует ее более тяжелому течению. К развитию бронхообструкции при ГЭРБ приводят микроаспирация и ваго-вагальный рефлекс.

Отоларингологическая маска ГЭРБ проявляется першением в горле, осиплостью или потерей голоса, грубым лающим кашлем. Описано развитие язв, гранулем голосовых связок, стенозирование отделов, расположенных дистальнее голосовой щели. Часто встречаются ларингит, хронический ринит, рецидивирующие отит, оталгии, причиной которых может быть гастроэзофагеальный рефлюкс.

Стоматологические проявления характеризуются в первую очередь поражением зубов из-за воздействия на зубную эмаль агрессивного желудочного сока (развитие дентальных эрозий, кариеса), а также халитоза, пародонтита, стоматита, гингивита и др.

Диагностика

Основные методы, используемые для диагностики ГЭРБ:

- ▶ рентгенологическое исследование;
- ▶ эндоскопическое исследование;

- ▶ гистологическое исследование;
- ▶ суточное мониторирование pH пищевода;
- ▶ исследование двигательной функции пищевода.

Рентгенологическое исследование. При рентгеноскопии пищевода определяют попадание контрастного вещества из желудка в пищевод, обнаруживают грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, признаки эзофагита (утолщение складок, изменение моторики, неровность контуров пищевода), эрозии и язвы пищевода, стриктуры.

Эндоскопическое исследование имеет существенное значение для диагностики и позволяет оценить выраженность и распространенность эзофагита, выявить осложнения заболевания. При эндоскопии определяются гиперемия и рыхлость слизистой оболочки пищевода, характерные для катарального эзофагита, эрозии и язвы, типичные для эрозивного эзофагита, а также наличие экссудата, фибрина или признаков кровотечения. Для оценки изменений слизистой оболочки пищевода при ГЭРБ используется классификация Савари—Миллера (Savary—Miller), в основу которой положены степень выраженности эндоскопических изменений и наличие осложнений ГЭРБ, а также Лос-Анджелесская классификация (см. выше), основанная на оценке степени распространенности поражения.

Классификация Савари—Миллера включает четыре стадии рефлюкс-эзофагита:

- ▶ I стадия — отдельные нессливающиеся эрозии и (или) эритема дистального отдела пищевода;
- ▶ II стадия — сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки эрозии;
- ▶ III стадия — воспалительные и эрозивные изменения, сливающиеся и охватывающие всю окружность пищевода;
- ▶ IV стадия — подобна предыдущей, но имеются осложнения: сужение, препятствующее продвижению эндоскопа, язвы, наличие ПБ.

Хромозендоскопия. Позволяет обнаружить мета- и диспластические изменения эпителия пищевода путем нанесения на слизистую оболочку веществ, по-разному прокрашивающих здоровые и пораженные ткани. Кроме этого, можно увидеть пролапс желудочной слизистой оболочки в просвет пищевода, особенно хорошо заметный при рвотных движениях, истинное укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода выше диафрагмы. Оценка замыкательной функции кардии затруднена, так как она может быть открыта в ответ на введение эндоскопа или инсuffляцию воздуха.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки пищевода применяют для исключения ПБ, аденокарциномы пищевода и эозинофильного эзофагита. При гистологическом исследовании обнаруживают истончение и атрофию эпителия, разрастание соединительной ткани (склероз), дистрофические, некротические, острые и хронические воспалительные изменения различной степени выраженности. Находят метаплазию многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода, приводящую к развитию цилиндрического эпителия кардиального или фундального типа слизистой оболочки

желудка. Если же метаплазия приводит к появлению специализированного тонкокишечного цилиндрического эпителия, возникает риск развития аденокарциномы пищевода. Специализированный эпителий представляет собой неполную тонкокишечную метаплазию железистого эпителия с наличием бокаловидных клеток. Морфологическим субстратом ГЭРБ считается расширение, отек межклеточных пространств, особенно в базальном слое эпителия, которое отчетливо определяется при электронно-микроскопическом исследовании. Появление специализированного эпителия, представляющего собой неполную тонкокишечную метаплазию железистого эпителия, резко повышает риск развития аденокарциномы пищевода.

Суточная рН-метрия пищевода — наиболее информативный метод диагностики ГЭРБ, особенно неэрозивной рефлюксной болезни, позволяющий судить о частоте, продолжительности и выраженности рефлюксов. По сравнению с другими методами [рентгеноскопией, эзофагогастродуоденоскопией (ЭФГДС), исследованием давления НПС] 24-часовая рН-метрия характеризуется высокой чувствительностью при выявлении гастроэзофагеального рефлюкса (88–95%). Полученная информация позволяет точно определить, в течение какого времени слизистая оболочка пищевода подвергалась воздействию соляной кислоты, оценить эффективность пищеводажного клиренса, сопоставить возникновение рефлюксов с клиническими симптомами, исследовать кислотопродуцирующую функцию желудка в течение суток, а также помогает в индивидуальном подборе ЛС и контроле эффективности терапии.

Для диагностики ГЭРБ результаты рН-метрии оценивают по общей продолжительности времени со значением $\text{pH} < 4,0$, суммарному количеству рефлюксов за сутки, числу рефлюксов продолжительностью > 5 мин и наибольшей длительности рефлюкса.

рН-импедансометрия. Импедансометрия совместно с рН-мониторингом позволяет наряду с забросами кислого содержимого выявлять слабокислые, щелочные и газовые рефлюксы. Основные показания к ее проведению — рефрактерная ГЭРБ, атипичные формы и внепищеводные проявления ГЭРБ, оценка эффективности антисекреторной терапии без отмены препарата хирургического лечения ГЭРБ.

Сцинтиграфия пищевода. Для оценки эзофагеального клиренса применяют радиоактивный изотоп технеция. Задержка принятого изотопа в пищеводе более чем на 10 мин указывает на замедление эзофагеального клиренса. Исследование суточного рН и пищеводажного клиренса позволяет выявить рефлюкс до развития эзофагита.

Манометрия. Дает возможность изучить двигательную функцию пищевода и выявить при ГЭРБ снижение базального давления НПС < 10 мм рт.ст., увеличение числа его транзиторных расслаблений, уменьшение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода. В последние годы активно внедряется методика манометрии высокого разрешения, обладающая более высокой чувствительностью.

При ГЭРБ с помощью манометрии высокого разрешения выявляют снижение давления НПС, увеличение количества преходящих расслаблений НПС,

наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, количественные показатели совокупной перистальтической активности стенки пищевода, эзофагоспазм, атипичные случаи ахалазии кардии (АК), диагностируют синдромы супрагастральной отрыжки и руминации. Исследование дает возможность определять положение НПС для проведения рН-метрии. Оно считается необходимым для решения вопроса о хирургическом лечении ГЭРБ. При анализе результатов манометрии высокого разрешения используют Чикагскую классификацию нарушений моторики пищевода.

Другие методы диагностики

- ▶ Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) для дифференциальной диагностики с сердечно-сосудистой патологией.
- ▶ Перед выполнением зондовых исследований необходимо исследовать кровь на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатит, сифилис.
- ▶ По показаниям для дифференциальной диагностики внепищеводных проявлений ГЭРБ назначают консультации специалистов: пульмонолога, кардиолога, оториноларинголога, стоматолога.
- ▶ Терапевтический тест с одним из ингибиторов протонной помпы (ИПП), альгинатный тест. Например, исчезновение симптомов заболевания, в том числе внепищеводных, в течение 1–3 дней на фоне приема 20 мг рабепразола может свидетельствовать о наличии у пациента ГЭРБ.
- ▶ Функциональные тесты, позволяющие выявить гастроэзофагеальный рефлюкс (тесты Бернштейна, Степаненко), устанавливают связь имеющихся клинических симптомов (боли за грудиной, изжога) с повышенной чувствительностью слизистой оболочки пищевода к кислоте.
- ▶ Билиметрия (мониторинг билирубина) используется для диагностики дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Имеет хорошую корреляцию с концентрацией желчных кислот в желудке.
- ▶ Эндоскопическое ультразвуковое исследование (УЗИ) пищевода служит основным методом диагностики растущих эндофитно опухолей.
- ▶ Специальные эндоскопические методики (эндоскопия высокого разрешения, эндоскопия с увеличением, эндоскопия в узкой полосе излучения — коспектральным картированием, конфокальная эндомикроскопия) позволяют более точно выявить участки метаплазии эпителия пищевода при прицельной биопсии.

Для диагностики ГЭРБ в высокоспециализированных лечебных учреждениях могут использоваться такие методы, как измерение импеданса слизистой оболочки пищевода, определение содержания пепсина в слюне, импедансная планиметрия.

Осложнения

Факторы риска развития осложнений: частое возникновение и длительное существование симптомов, выраженная стадия эрозивного эзофагита, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. К осложнениям ГЭРБ относят язвы пищевода, кровотечения, стриктуры, наличие ПБ.