

Гастроэнтерология ЖКТ - Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Ухудшение течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) при отсутствии адекватного лечения больных приводит к прогрессированию болезни. Проявлением язвенной болезни (ЯБ) в период обострения заболевания обычно является более или менее выраженное нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), чаще более выраженное при локализации язвы в луковице ДПК. В начальных стадиях ЯБ ДПК проявляется периодическим спазмом привратника (или всей пилоробульбарной зоны), что приводит к периодической задержке эвакуации желудочного содержимого в ДПК. По мере прогрессирования этого заболевания у части больных возникают рубцово-язвенные изменения привратника и луковицы ДПК с возможным формированием в последующем стеноза привратника (или пилоробульбарной зоны). Все это приводит к периодическому, а в последующем и постоянному «переполнению» желудка пищей и секреторным содержимым (в ответ на прием жидкости и пищи), а это в свою очередь способствует растяжению кардии (снижению тонуса нижнего сфинктера пищевода) и возникновению аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Наличие их создает условия, благоприятствующие поступлению желудочного содержимого в пищевод. Сочетание аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и ЯБ обусловлено и другими факторами: раздражение ветвей блуждающего нерва, свойственное ЯБ ДПК, ведет к спастическому сокращению продольной мускулатуры пищевода.

Клиническая картина

Клинические проявления ГЭРБ иногда ошибочно относят к проявлениям ЯБ. Для развивающейся ГЭРБ в стадии рефлюкс-эзофагита на фоне ЯБ характерно изменение привычного для больного «язвенного» ритма появления болей. Наряду с «голодными» болями появляются боли во время или после еды, в ряде случаев боли становятся постоянными. Характерно изменение локализации болей. Боли смещаются вверх, под мечевидный отросток и за грудину, что в значительной степени обусловлено пептическим раздражением пищевода во время рефлюкса и нарушением перистальтики пищевода. Эмоциональная окраска и интенсивность загрудинных болей может быть самой разнообразной. Больные, а иногда и врачи, ошибочно связывают их с заболеваниями сердца.

Загрудинные боли при рефлюкс-эзофагите отличаются от коронарных болей отсутствием связи с физическим и эмоциональным напряжением, неэффективностью применения коронарорасширяющих средств, уменьшением болей после приема соды, антацидов и ходьбы. В ряде случаев боли возникают при наклонах туловища вперед и в горизонтальном положении тела, в связи с чем часто появляются ночью. Возможны клинические ситуации, когда ночные боли, вызванные реакцией пищевода на желудочно-пищеводный рефлюкс, ошибочно расцениваются как язвенные, что приводит к неоправданному, часто неэффективному назначению больших дозировок холинолитических препаратов.

Наряду с изменением характера болей возможно появление стойкого диспепсического синдрома. Изжога, в значительной степени обусловленная нарушением двигательной функции пищевода и желудка и регургитацией желудочного содержимого в пищевод, может быть в период обострения и у больных неосложненной ЯБ. При присоединении рефлюкс-эзофагита к ЯБ ДПК изжога становится более постоянной, нередко мучительной, в ряде случаев резистентной к проводимой терапии.

Наличие бессимптомных форм рефлюкс-эзофагита при ЯБ (24,2%) показывает необходимость применения инструментальных методов исследования в диагностике рефлюкс-эзофагита.

Диагностика

Важную роль в диагностике рефлюкс-эзофагита играет оценка клинических данных, так как именно после опроса больного у врача складывается впечатление о необходимости и направленности его дальнейшего обследования. Вероятность возникновения рефлюкс-эзофагита больше у больных с длительным язвенным анамнезом, часто рецидивирующим течением болезни, резкой степенью деформации луковицы ДПК. Поэтому при опросе этой группы больных следует целенаправленно обращать внимание на жалобы, считающиеся характерными для поражения

пищевода не только на день обследования, но и по данным анамнеза. Основные методы диагностики рефлюкс-эзофагита у больных ЯБ – рентгенологический и эндоскопический.

Определенную помощь в диагностике эндоскопически «негативной» ГЭРБ может оказать проведение суточной рН-метрии и манометрии пищевода.

Эндоскопическая диагностика

Тщательно выполненная эндоскопия позволяет подтвердить или исключить предположение врача о наличии тех или иных патологических изменений пищевода (эзофагит с наличием эрозий и язв или без них, пептическая стриктура пищевода, пищевод Барретта, опухоль пищевода).

Только при выраженных сужениях просвета пищевода нередко удается осмотреть лишь проксимальную часть суженного участка, которая может быть у некоторых больных покрыта внешне не измененной слизистой оболочкой (гистологическое исследование прицельных эзофагобиопсий может оказаться неинформативным). В подобных случаях рентгенологическое исследование пищевода и желудка – обязательный метод обследования больных.

Рентгенологическая диагностика

Рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта целесообразно на поздних стадиях ГЭРБ и позволяет получить информацию о состоянии пищевода, желудка и ДПК, выявить очаговые поражения этих органов и, что особенно важно, провести дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных сужений пищевода.

По материалам журнала «Consilium Medicum»