

**Баулин В. А., Баулина О. А.,**  
**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ**  
**ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

**Научный руководитель: д-р мед. наук Баулин А. А.**

*Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии*

*Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО Российской  
медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России,  
г. Пенза*

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - заболевание, характеризующееся развитием специфических симптомов и/или воспалительного поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося, ретроградного поступления желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод. Диагноз ставится на основании клинической оценки симптомов болезни, результатов эндоскопического и рентгенологического исследований, данных рН-метрии. Однако ключевым методом исследования, позволяющим оценивать как тяжесть заболевания, так и эффективность лечения является эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Цель:** проанализировать эндоскопическую картину у пациентов с клиническими проявлениями ГЭРБ, определить достоверные эндоскопические признаки ГЭРБ.

**Материалы и методы.** 108 пациентам с симптомами ГЭРБ производилась видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС) с инверсионным осмотром кардии приборами фирмы FUJINON с обработкой изображения при помощи цифрового процессора EPX-4400, с функцией интеллектуального цветового выделения патологии слизистой оболочки. Исследование проводилось для оценки состояния слизистой оболочки пищевода и запирающей функции кардии. Для описания эндоскопической картины использовались классификация рефлюкс-эзофагита (РЭ) по Savary-Miller, в модификации GJNTytgat и соавт. (1990) и классификация недостаточности кардии (НК) по А.А. Баулину (2012).

**Результаты и их обсуждение.** Неэрозивная ГЭРБ (РЭ 1-ой степени тяжести) во время ВЭГДС обнаружена у 32 (29,6%) пациентов. Более половины больных имели эрозивную ГЭРБ (РЭ 2-4-ой степени тяжести) - 60 (55,6%). Пищевод Барретта (РЭ 5-ой степени тяжести) выявлен у 16 (14,8%) пациентов. НК 1 степени выявлена у 49 (45,4%) больных. НК 2 степени - у девяти (8,3%). НК 3 степени была отмечена у 14 (13%) пациентов. НК 4 степени диагностирована у 36 (33,3%) пациентов. В группе пациентов с НК 1 степени были преимущественно катаральные изменения слизистой пищевода (РЭ 1 степени у 31 (63%) больного), РЭ 2 степени обнаружен у 16 (33%) пациентов, РЭ 3 степени – у одного (2%), РЭ 4 степени – у одного (2%). В группе больных с НК 2 степени преобладал РЭ 2 степени – у шести (67%) обследованных, РЭ 3 степени – у двух (22%), РЭ 1 степени - у одного (11%). У половины пациентов с НК 3 степени был РЭ 4 степени, у шести (43%) – РЭ 3 степени, у одного (7%) – РЭ 2 степени. Пищевод Барретта при НК 1, 2 и 3 степени не диагностирован. У больных с НК 4 степени обнаружен РЭ 4 степени – у 20 (56%) и РЭ 5 степени – у 16 (44%). Разница в группах по распределению РЭ по степени тяжести оказалась статистически значима ( $p < 0,01$ ). Был проведен корреляционный анализ связи РЭ и НК с оценкой по шкале Чеддока с помощью статистики Гамма. Статистика Гамма, на основании шкалы Чеддока показала наличие весьма высокой связи между исследуемыми признаками ( $\eta = 0,965899$ ).

**Выводы.** У всех обследованных пациентов (100%) по результатам ВЭГДС с инверсионным осмотром кардии обнаружена НК различной степени. Проведенный статистический анализ с помощью статистики Гамма, на основании шкалы Чеддока показал наличие весьма высокой связи между РЭ и НК. Установленная связь была тем выше и значительнее, чем выше степень НК. Полученные данные свидетельствуют о том, что в основе патогенеза ГЭРБ лежит несостоятельность запирающего механизма кардии, и НК является достоверным эндоскопическим признаком ГЭРБ.