

# Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь:

## клинический случай

Змачинская И. М., Ротко В.Е.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) симптомокомплекс, формируемый патологическим увеличением длительного контакта слизистой пищевода с кислым желудочным содержимым, являющийся следствием дефекта моторики пищевода и желудка, а не повышением кислотности желудочного сока.

ГЭРБ в течение последних нескольких десятилетий привлекает пристальное внимание исследователей. Это связано с клинической значимостью и широкой распространенностью заболевания во всем мире: в среднем 40-45% жителей индустриально развитых стран отмечают ведущий симптом ГЭРБ- периодически возникающую изжогу.

Заболеваемость имеет неуклонную тенденцию к росту. Истинную распространенность ГЭРБ достаточно трудно оценить, поскольку лишь около четверти таких пациентов обращаются за помощью.

В условиях пандемии COVID-19 значимость ГЭРБ становится более актуальной, так как желудочно-кишечный тракт наравне с респираторным может служить входными воротами для инфекции SARS-CoV-2. Поэтому помимо признаков поражения дыхательной системы при COVID-19 наблюдаются желудочно-кишечные симптомы, которые могут предшествовать появлению респираторных и выходить на первый план в клинической картине заболевания.

В основе патогенеза ГЭРБ лежит гастроэзофагиальный рефлюкс (ГЭРБ)-непроизвольный запрос желудочного или желудочно-кишечного содержимого в пищевод. ГЭР возникает из-за нарушения запирающей функции кардии.

Различают **две формы рефлюкса**: физиологический ГЭР, не вызывающий развития эзофагита; и патологический ГЭР, который ведет к повреждению слизистой пищевода с развитием рефлюкс-эзофагита. Физиологический ГЭР встречается у здоровых людей любого возраста, чаще после приема пищи, характеризуется невысокой частотой. Патологический ГЭР возникает в любое время суток, характеризуется высокой частотой (более 50 эпизодов в день, общая длительность которых превышает 1 час в сутки), ведет к повреждению окружающих тканей с формированием пищеводных и внепищеводных проявлений, т.е. к развитию ГЭРБ. Повреждающее действие рефлюкса определяется его составом: соляная кислота, пепсин, желчные кислоты, панкреатические ферменты и др.



Основные звенья патогенеза ГЭРБ включают в себя:

- Уменьшение выработки слюны
- Ослабление пищеводной перистальтики и, как следствие, замедление очищения от рефлюктата
- Снижение давления нижнего пищеводного сфинктера
- Снижение сократительной способности стенки пищевода при рефлюксе
- Замедление опорожнения желудка
- Неадекватная защита эпителия слизистой оболочки пищевода

Развитию ГЭРБ способствуют:

- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Повышение внутрибрюшного давления (во время беременности, при ожирении, при хронических запорах)
- Особенности питания (употребление жирной пищи, шоколада, газированных напитков, напитков, содержащих кофеин и др.)
- Лекарственные средства (препараты, обладающие свойствами холинолитиков, снижающих тонус гладких мышц, трициклические антидепрессанты,  $H_1$ -блокаторы, фенотиазины, нитраты, универсальные спазмолитики, опиаты и др.)
- Вредные привычки (употребление алкоголя, курение).

Клинические проявления ГЭРБ весьма разнообразны и многочисленны. Согласно классификации ГЭРБ выделяют пищеводные и непищеводные симптомы.

**К пищеводным симптомам** относят: изжогу, отрыжку, срыгивание, боль в эпигастральной области или за грудиной, дисфагию, одинофагию (болезненное прохождение пищи через пищевод). Изжога - наиболее характерный симптом, встречающийся у 83% пациентов и возникающий вследствие длительного контакта кислого ( $pH < 4$ ) желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. В развитых странах с изжогой сталкивается 20-50% населения. 25% пациенток испытывают изжогу во время беременности ежедневно. Изжогу можно классифицировать, как эпизодическую или частую. Первая (симптомы возникают раз в неделю или реже), как правило, легкой степени тяжести и может быть вызвана диетическими факторами и образом жизни. Частая изжога (симптомы проявляются несколько раз в неделю и более) вызывает беспокойство у многих пациентов и серьезно сказывается на качестве жизни. Особенностью изжоги при ГЭРБ является зависимость от положения тела: при наклонах туловища вперед или в положении лежа она усиливается. Реже



встречающимися симптомами ГЭРБ являются чувство тяжести, переполнения желудка, раннего насыщения, вздутие живота. возникающие во время или после приема пищи.

**Внепищеводные (атипичные) симптомы**, в основном представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, ЛОР-органов.

Патология пищевода, которая развивается при ГЭРБ, приводит к нарушению моторики пищевода, что проявляется в виде диффузного спазма пищевода, повышение тонуса нижнего сфинктера пищевода. Пищевод имеет богатую симпатическую иннервацию. Поскольку иннервация пищевода, сердца и желчного пузыря является общей, возможно, что расстройства функции пищевода, вызывающие боль, могут повлечь за собой развитие кардиологической симптоматики. К кардиоваскулярным проявлениям ГЭРБ относят боли в грудной клетке, подобные стенокардическим. Боль в грудной клетке, связанная с рефлюксом, имеет особенности: жгучий характер, локализация за грудиной, отсутствие иррадиации. Рефлюксные боли связаны с приемом пищи, перееданием, погрешностями в диете, возникают при смене положения тела, уменьшаются или проходят после приема антацидов, щелочных минеральных вод или антисекреторных препаратов, сочетаются с изжогой и/или дисфагией.

У части пациентов с неясными болями в грудной клетке причиной последних может быть патология гладких мышц как пищевода, так и коронарных артерий. Рефлюкс с верхних отделов желудочно-кишечного тракта на коронарные артерии во многих случаях возникает при глотании и быстром растяжении желудка. Растяжении желудка сопровождается повышением тонуса блуждающего нерва, который способствует уменьшению коронарного кровотока. Растяжение пищевода баллоном при достижении давления 140-60 мм.рт.ст. ведет к возникновению болей в грудной клетке.

К бронхолегочным проявлениям относят хронический кашель, особенно в ночное время, обструктивную болезнь легких, пневмонии, пароксизмальное ночное апноэ. Многочисленные зарубежные и отечественные исследования показали увеличение риска заболеваемости бронхиальной астмой, а также тяжести ее течения у больных ГЭРБ. При этом патологический ГЭР рассматривается в качестве триггера приступов астмы, преимущественно в ночной период, потому что уменьшается частота глотательных движений и, следовательно, увеличивается воздействие кислоты на слизистую оболочку пищевода, что обуславливает развитие бронхоспазма за счет микроаспирации и нейрофлекторного механизма. Причинами развития бронхообструкции при ГЭРБ являются ваго-вагальный рефлекс и микроаспирация. В пользу



сочетанной патологии дыхательных путей и ГЭРБ свидетельствует усиление симптомов после еды, при наклонах, в положении лежа, в ночное время, а также при совпадении проявлений бронхиальной астмы с рефлюксными симптомами: изжога, отрыжка, срыгивание.

Отоларингологические симптомы ГЭРБ наиболее многочисленны и разнообразны. к ним относят ощущение боли, кома, инородного тела в глотке, першение, желание «прочистить горло», охриплость, приступообразный кашель. Кроме того, ГЭРБ может являться причиной рецидивирующих синуситов, средних отитов, фарингитов, ларингитов, не поддающихся стандартной терапии.

В тоже время у многих пациентов ГЭРБ протекает не типично, что вызывает как трудности в постановке диагноза, так и ошибки в терапии. Большинство из этих пациентов обращаются к отоларингологам или терапевтам с жалобами, характерными для хронической отоларингологической, кардиальной или бронхопульмональной патологии; при этом у них отсутствуют жалобы на изжогу, регургитацию, боли в сердце, и др., позволяющие заподозрить ГЭРБ. Это связано с наличием иной формы заболевания, получившей название фаринголарингеальный рефлюкс (ФЛР), причиной которого является ГЭР, проникающий проксимально через верхний пищеводный сфинктер.

### **Диагностика ГЭРБ.**

Обследование пациента начинается с изучения жалоб, анамнеза и физикального осмотра. Далее проводят диагностические тесты, включающие верхнюю эндоскопию, манометрию пищевода, амбулаторную рН-метрию пищевода. Последний метод является «золотым стандартом» диагностики ГЭРБ, который позволяет определить вид рефлюкса (кислотный или щелочной), общее число эпизодов рефлюкса в течении суток и их продолжительность (в норме рН пищевода составляет 5,5-7,0; в случае рефлюкса рН менее 4 или более 7).



## Клинический случай

Пациентка К., 1986 г.р., в феврале 2014 года на 9-й неделе беременности на фоне токсикоза впервые испытала изжогу, приводящую к рвоте, тяжесть в желудке, ощущение замедленного переваривания пищи, длительный запор. До беременности также имелись эпизоды изжоги, нерегулярного стула, но эти симптомы не ухудшали качество жизни.

Перенесенные заболевания в анамнезе: аутоиммунный териодит, зоб 16 степени (21.02.2021); субатрофический ринит, перфорация носовой перегородки (после оперативного вмешательства), хронический гранулезный фарингит (31.08.2021); диффузные изменения железистой ткани обеих молочных желез по типу мастопатии с единичными мелкими кистами в левой молочной железе, мелкие фиброаденомы в обеих молочных железах (09.04.2021); болезнь Шюермана (ювениальный остеохондроз), кифотическая деформация позвоночника в грудном отделе, нестабильная форма с болевым функциональным синдромом; умеренный остеохондроз шейного отдела позвоночника, правосторонний сколиоз на уровне шейного и верхнегрудного отделов позвоночника (01.07.2021).

Пациентка дважды проходила стационарное лечение в возрасте 8 и 12 лет по поводу гастродуоденита.

После рождения ребенка (октябрь 2014) состояние пациентки несколько улучшилось: симптомы остались прежними, однако изменилась интенсивность их проявления. Рвота оставалась еще на протяжении 3 лет.

В августе 2015 изжогу пациентка стала ощущать менее интенсивно, однако почувствовала, что после приема пищи, начиная от нижних дыхательных путей до верхних, выделяется в большом количестве слизь. Слизь препятствовала носовому дыханию, что снижало качество жизни. Спустя год появилось откашливание гнойными корками. Прием более 300 гр. пищи провоцировал кашель.

В сентябре 2016 года впервые пациентка К. обратилась к гастроэнтерологу. Заключение: ГЭРБ неэрозивная, хронический пангастрит резко выраженный, высокоактивный, ассоциированный с НР (при биопсии выявлена в количестве 1+).

В марте 2019 года пациентке была выполнена полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка. Заключение: гастроптоз 3 степени, гастродуоденальный рефлюкс, функциональный спазм привратника, признаки гастропатии, дуоденопатии.



УЗИ органов брюшной полости и почек. Заключение: эхоструктурной патологии выявлено не было.

По заключению гастроэнтеролога: гастроптоз 3 степени, ГЭРБ неэрозивная, анемия легкой степени. Был назначен трибукс, препараты железа и креон. Пациентка систематически принимала лекарственные средства, на фоне которых улучшился стул.

В силу сохраняющихся симптомов изжоги и внепищеводных проявлений ГЭРБ обследования были продолжены.

В апреле 2019 года был выполнен анализ крови на маркеры целиакии – отрицательно.

В ноябре этого года проведена ФГДС: недостаточность кардии, катаральный гастрит, выявлена при биопсии НР в количестве 1+, лимфоидная инфильтрация, фолликулярная гиперплазия.

В декабре 2019 с результатами обследования пациентка обратилась к гастроэнтерологу. Заключение: хронический пангастрит умеренно выраженный, слабоактивный, ассоциированный с НР. Гастроптоз 3 степени, нарушение эвакуаторной функции желудка, недостаточность питания легкой степени. Рекомендовано: «Нольпаза», «Пепсан», эрадикационная терапия.

От приема «Пепсана» у пациентки начались головные боли, «Нольпаза» по субъективным ощущениям не уменьшала чувство изжоги. Прием антибактериальной терапии пациенткой был отложен.

В июле 2020 года пациентка прошла повторную полипозиционную рентгеноскопию пищевода желудка. Заключение: недостаточность кардии, аксиальная ГПОД 0-1 степени, проявления гастрита.

Также в июле этого года пациентка сдала мазок из ротоглотки, где были выявлены *St. aureus* и *E.coli*.

В августе вновь была направлена к гастроэнтерологу. Заключение: ГЭРБ неэрозивная форма, легкой степени клинически, галитоз, ассоциированный с *E.coli*, хронический антральный гастрит минимальной степени активности, умеренной степени выраженности, ассоциированный с НР, незначительный лимфоцитоз. Рекомендовано: «Нольпаза», «Амоксицилин», «Левифлоксацин», «Трибукс», лактулоза, «Энтерол».

В мае 2021 года проведена эрадикационная терапия 14-дневным курсом.



В июне выполнила ФГДС, где при биопсии не было выявлено НР. Поставлен диагноз: катаральный гастрит, недостаточность кардии.

Также в июне этого года была сделана компьютерная томография с целью подтверждения наличия грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, патологических изменений не было выявлено.

В июле пациентка обратилась к пульманологу. Заключение: хронический бронхит в фазе неполной ремиссии, дн 0 ст., ГЭРБ, высеив в мокроте St. aureus и E.coli умеренный рост. Рекомендовано: ингаляции через небулайзер раствора пульмовента по 30 капель + 3 мл. физ. р-ра 1 раз в день 1 месяц; ингаляции раствора септомирина 3 мл. + 2 мл. физ. р-ра 1 раз в день 10 дней; «Бронхомунал» 7,0 мг. 1 таб. натошак 10 дней, 3 курса с перерывом в 20 дней; коделалбронхо по 1 таб. 2 раза в день 10-15 дней; «Полидекса» по 2 инг. назально 7 дней.

С результатами всех обследований в июле пациентка вновь обратилась к гастроэнтерологу. Заключение: ГЭРБ неэрозивная форма с внепищеводными проявлениями в виде кашля. Хронический антральный гастрит минимальной степени активности и выраженности, НР-негативный, состояние после успешной эрадикации. Рекомендовано: суточная рН-метрия, прием «Гевискона» и «Лансопразола».

После эрадикации изжога и чувство тяжести в желудке уменьшилось, однако остались внепищеводными проявления ГЭРБ в виде выделения большого количества слизи в нижних и верхних дыхательных путях, а также замедленное переваривание пищи, нерегулярный стул.

В октябре 2021 года была проведена суточная рН-метрия. Заключение: по результатам суточной внутрипищеводной рН-импедансометрии в день исследования у пациентки зарегистрировано 17 невысоких, непродолжительных кислых рефлюксов (по данным рН-датчиков). Время закисления пищевода в среднем составляло 0,5% (норма < 4,2%). Индекс DeMeester в пищеводе за суточный период исследования – 3.1 (норма ≤ 14,72). По данным импеданс-электродов зарегистрировано 26 невысоких внутрипищеводных рефлюксов. Симптомы, отмеченные пациенткой во время исследования, были связаны с ГЭР. Суточная внутрипищеводная рН-импедансометрическая картина на момент исследования может соответствовать диагнозу гиперсенситивный пищевод (при условии исключения моторной и др. патологий пищевода). Учитывая анамнестические данные, результаты суточной рН-импедансометрии, рентгеноскопии пищевода и желудка, ЭГДС, рекомендовано: здоровое дробное питание, уменьшение продуктов в питании, повышающих газообразование,



включать в питание легкоусвояемые продукты, не ложиться сразу после приема пищи, спать с приподнятой на 15 см. головой на левом боку, медленная ходьба и т.д.

Рекомендовано:

- консультация врача-отоларинголога.

- учитывая клиническую картину заболевания (постназальный синдром), возможно подключение физиотерапии, применяемой при ЛОР-заболеваниях, использование антисептического раствора для полоскания ротоглотки, назальный солевой спрей, а также применение для питья теплой воды.

- выполнение специальных упражнений, укрепляющих брюшной пресс, курс лечебной физкультуры и массаж живота.

- шалфей по 1 таб. рассасывать 3 раза в день – 10 дней.

- назначение в виде курсовой терапии антисекреторного препарата («Нольпаза», «Контролок») в дозе 20 мг. утром за 30 минут до еды с небольшим количеством жидкости – 8 недель.

- прокинетики («Мотилиум» 10 мг. 3 раза в день – 7 дней). Затем прием препарата «Иберогаст» по 15-20 капель 3 раза в день до еды с небольшим количеством жидкости – 4 недели.

- «Эспумизан» (по 2 капсулы 2-3 раза в день после еды – 4 недели; затем – по требованию при метеоризме и отрыжке).

- Иглорефлексотерапия.

- Консультация и наблюдение лечащего врача-гастроэнтеролога (при необходимости назначение препарата из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина «Сертралин» или «Циталопрам», или их аналогов)

- сдать антитела к париетальным клеткам желудка.

В ноябре 2021 года анализ был сдан, антитела на париетальные клетки желудка не обнаружены.

Наследственный анамнез: мать пациентки страдала язвенной болезнью желудка.

### Приложение:

Эзофагогастродуоденоскопия (с биопсией) (02.09.2016).



**Описание:**пищевод свободно проходим, просвет не изменен, стенки эластичные, перистальтика прослеживается, слизистая оболочка бледно-розовая, смещаемая. Кардия смыкается не плотно.

В просвете желудка умеренное количество тощакового содержимого, обилие слизи. Просвет не изменен. Стенки эластичные. Складки желудка продольные, извитые, воздухом расправляются. Перистальтика активная.

Слизистая желудка во всех отделах диффузно ярко гиперемирована, несколько отечна, в антральном отделе и в н/3 тела желудка отмечается выраженная «зернистость». Привратник смыкается плотно.

Луковица ДПК овальная, проходима, слизистая умеренно гиперемирована, очагово отечна у верхушки. Слизистая залуковичной части ДПК розовая, складки циркулярные, хорошо выражены, перистальтика активная. В просвете желчь. Продольная складка не расширена. Зона БДС без особенностей.

Биопсия (Флакон №1-1кус.) выполнена из слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Биопсия (Флакон №2- 1кус.) выполнена из слизистой оболочки тела желудка.

Выполнен уреазный тест: HelicobacterPilorit+ (умеренная уреазная активность). Осложнений нет.

**Заключение:** недостаточность кардии. Эритематозная гастродуоденопатия.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЧЕК С ЦВЕТОВЫМ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ ДОПЛЕРОВСКИМ КАРТИРОВАНИЕМ

Дата «12» марта 2019 года

### ПЕЧЕНЬ:

**Размеры:** норма

**КВР** правой доли = 120 мм, **ПЗР** левой доли и 73 мм

**Контуры:** ровные, четкие

**Эхоструктура:** однородная

**Эхогенность паренхимы:** норма

**Проницаемость ультразвука:** норма



**Очаговые образования:** нет

**Воротная вена** = 10 мм, норма

**Печёночные вены:** норма, ветви прослеживаются до периферии

**Сосудистый рисунок:** норма

**Брюшной отдел аорты** = 13 мм

| <u>ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ:</u>        |               | <u>ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ:</u>   |              |
|-------------------------------|---------------|---------------------------|--------------|
| Размеры:                      | = 55x24 мм    | Холедох:                  | норма        |
| Стенки:                       | = 2 мм, норма | Стенки:                   |              |
| Образования в желчном пузыре: | нет           | Пузырный:                 | норма        |
|                               |               | Внутрипеченочные протоки: | не расширены |

**ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:**

**Размеры:** головка = 17 мм, тело = 12 мм, хвост = 25 мм (норма)

**Контуры:** ровные, четкие

**Эхогенность паренхимы:** норма

**Эхоструктура:** однородная

**Вирсунгов проток** = 1 мм, норма

| <u>ПОЧКИ:</u>         | ПРАВАЯ  | ЛЕВАЯ   |
|-----------------------|---|---|
| размеры:              | = 95x35 мм (норма)                            | = 100x34 мм (норма)                           |
| контуры:              | ровные  | ровные  |
| толщина паренхимы:    | = 13 мм (норма)                               | = 12 мм (норма)                               |
| синусы почек:         | = 15 мм, не уплотнен                          | = 14 мм, не уплотнен                          |
| чашечки:              | не расширены                                  | не расширены                                  |
| стенки их:            | не уплотнены                                  | не уплотнены                                  |
| лоханки:              | не расширена                                  | не расширена                                  |
| кровоток:             | достаточный, прослеживается до коркового слоя | достаточный, прослеживается до коркового слоя |
| очаговые образования: | нет   | нет   |
| расположение почек:   | норма   | норма   |
| надпочечники:         | не визуализируются                            | не визуализируются                            |



**СЕЛЕЗЕНКА:** размеры = 90x38 мм (норма)

**структура:** однородная

**селезёночная вена** = 5 мм (норма = до 6 мм)

**РЛУ** (внутрибрюшинные и забрюшинные) не увеличены.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**эхоструктурной патологии не выявлено.

**Рентгеноскопическое исследование пищевода, желудка 12-перстной кишки с контрастом** (взвесь сульфата бария) (18.03.2019).

**Описание:** пищевод проходим на всем протяжении, не изменен. Кардиальный угол без каких-либо особенностей. Контраст попадает в желудок небольшими порциями, признаков недостаточности сфинктера не определяется. В положении Тренделенбурга и лежа признаков ГПОД и желудочно-эзофагального рефлюкса не выявлено. Желудок имеет форму крючка, изогнут, растянут, в гипотонусе, малая кривизна ниже межсосальной линии. Слизистая контрастируется нечетко, складки неравномерные, по большой кривизне грубые, гипертрофичные. При пальпации желудок смещаем. Перистальтика вялая, эвакуация со значительной задержкой, мелкими порциями. Через 2,5 часа большая часть контраста находится в желудке. Отмечается заброс контраста и его маятникообразное движение из ДПК в желудок. Луковица ДПК, постбульбарные отделы не изменены.

**Заключение:** гастроптоз 3 ст., гастро-дуоденальный рефлюкс, функциональный спазм привратника, признаки гастропатии, дуоденопатии.

**Гастроскопия лечебная** (17.11.2019).

**Описание:** пищевод проходим, в просвете умеренное количество слюны. Стенка эластичная, перистальтика не изменена, складки нормальные. Слизистая пищевода розовая, не изменена. Кардия не смыкается. Желудок расправляется, в просвете его умеренное количество тощакового содержимого, складки продольны, извиты. Стенка эластичная, перистальтика прослеживается во всех отделах. Слизистая очагово умеренно гиперемирована, слизистая при биопсии кровоточива. Привратник проходим. Луковица 12-ти перстной кишки полностью расправляется, в просвете умеренное количество желчи, слизистая не изменена, постбульбарный отдел без особенностей. Большой дуоденальный сосочек не виден.

**Заключение:** недостаточность кардии. Катаральный гастрит.



### **Данные патологогистологического исследования:**

Микро: Хронический гастрит:

Лимфоидная инфильтрация: ++

Атрофия: нет

Кишечная метаплазия: нет

*H. pylori*: +

Внутрислизистые геморрагии, фолликулярная гиперплазия.

### **Полипозиторная рентгеноскопия пищевода и желудка (14.07.2020).**

Описание: Пищевод и кардия свободно проходимы для контрастной взвеси, кардия не смыкается полностью. Желудок удлинен, обычной формы и положения. Натощак небольшое количество жидкости. Складки слизистой желудка обычного калибра, с тенденцией к перестройке. Контуры стенок желудка ровные, четкие. Перистальтика вялая. Эвакуация из желудка замедлена. 12-перстная кишка без особенностей. В положении Тренделенбурга убедительных данных за ГПОД не выявлено, но сразу после подъема в вертикальное положение отмечается кратковременное пролабирование абдоминального отдела пищевода с открытием кардии.

**Заключение:** недостаточность кардии. Аксиальная ГПОД 0-1 ст. Проявление гастрита.

### **Гастроскопия лечебная (29.06.2021).**

Описание: пищевод проходим, в просвете умеренное количество слюны. Стенка эластичная, перистальтика не изменена, складки нормальные. Слизистая пищевода розовая, не изменена. Кардия не смыкается. Желудок расправляется, в просвете его умеренное количество тощакового содержимого, складки продольны, извиты. Стенка эластичная, перистальтика прослеживается во всех отделах. Слизистая очагово умеренно гиперемирована, слизистая при биопсии кровоточива. Привратник проходим. Луковица 12-ти перстной кишки полностью расправляется, в просвете умеренное количество желчи, слизистая не изменена, постбульбарный отдел без особенностей. Большой дуоденальный сосочек не виден. Выполнена биопсия слизистой антрального отдела желудка.

**Заключение:** недостаточность кардии. Катаральный гастрит.



**КТ органов грудной полости** (спирально); **КТ костей и суставов** (спирально); MPR, MIP, MinIP, SSD, криволинейная реконструкция; Объемное восстановление с цветным картированием (01.07.2021).

**Описание:** очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Трахея, главные, долевые и сегментарные бронхи 1-3 порядка обоих легких проходимы. Признаков бронхоэктазов не найдено. Средостение не смещено, не расширено. Выхода желудка выше уровня диафрагмы не обнаружено. Медиастинальные лимфоузлы и подмышечные л/у не увеличены. В области вилочковой железы патологических изменений не найдено. В плевральных полостях свободной жидкости не выявлено. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника на исследуемом уровне. Костно-деструктивных и костно-травматических изменений грудной клетки и позвоночника не выявлено.

**Заключение:** патологических изменений не выявлено.