

АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра семейной и доказательной медицины

# Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

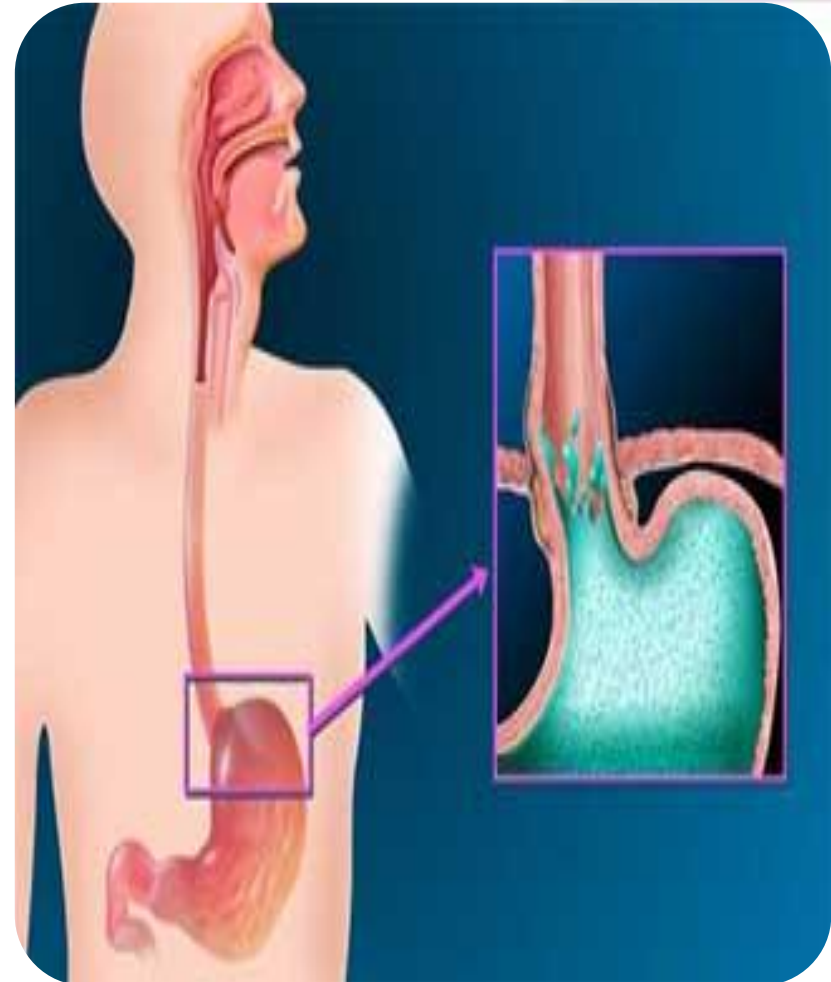
Подготовил врач-интерн: Дарменов Р.А

Топ: 621

Преподаватель : Мусахан Ж.А



**ГЭРБ** – заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.





# Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Заброс желудочного содержимого в пищевод



# Классификация ГЭРБ\*:



- неэрозивная рефлюксная болезнь (60-65% случаев заболевания)
- рефлюкс – эзофагит (30-35 случаев заболевания)

## **Осложнения ГЭРБ:**

- пептическая язва,
- пептическая стриктура,
- пищеводные кровотечения,
- пищевод Барретта,
- аденокарцинома пищевода

\* В настоящее время используется модифицированная классификация Savary-Miller или Лос-Анжелесская классификация эзофагитов.

# Модифицированная классификация эзофагитов по Savary-Miller



Степени тяжести	Эндоскопическая картина
I	Одна или несколько изолированных овальных или линейных эрозий расположены только на одной продольной складке слизистой оболочки пищевода.
II	Множественные эрозии, которые могут сливаться и располагаться более, чем на одной продольной складке, но не циркулярно.
III	Эрозии расположены циркулярно (на воспаленной слизистой).
IV	Хронические повреждения слизистой оболочки: одна или несколько язв, одна или несколько стриктур и/или короткий пищевод. Дополнительно могут быть или отсутствуют изменения, характерные для I-III степени тяжести эзофагита.
V	Характеризуется наличием специализированного цилиндрического эпителия (пищевод Barrett), продолжающегося от Z-линии, различной формы и протяженности. Возможно сочетание с любыми изменениями слизистой оболочки пищевода, характерными для I-IV степени тяжести эзофагита.

# Классификация рефлюкс – эзофагита (Лос-Анджелес, 1994)



Степень эзофагита	Эндоскопическая картина
A	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
B	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
C	Поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода
D	Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода

# Диагностика



## МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

- ЭГДС (биопсия слизистой оболочки пищевода при осложненном течении ГЭРБ),
- рентгенография грудной клетки, пищевода и желудка (полипозиционная),
- ЭКГ,
- УЗИ органов брюшной полости.

### В стационаре:

- 24-часовая рН-метрия пищевода и желудка,
- внутрипищеводная манометрия.



## Жалобы и анамнез

Изжога (чувство жжения различной интенсивности за грудиной в нижней трети пищевода и/или в эпигастральной области), как минимум, у 75% больных, отрыжка кислым после еды, срыгивание пищи (регургитация), дисфагия и одинофагия (боль при глотании) нестойкая (при отеке слизистой нижней трети пищевода) или стойкая (при развитии стриктуры), боли за грудиной (характерны связь с приемом пищи, положением тела и купированием их приемом антацидов).

## Внепищеводные симптомы ГЭРБ:

- бронхолегочные – кашель, приступы удушья;
- отоларингологические – осиплость голоса, симптомы фарингита;
- стоматологические – кариес, эрозии эмали зуба).

Тест с ингибиторами протонной помпы – купирование клинической симптоматики (изжоги) на фоне приема ингибиторов протонной помпы. Обладает чувствительностью и специфичностью для установления диагноза ГЭРБ, в том числе с внепищеводными проявлениями.



# Инструментальные исследования



## **Эзофагогастродуоденоскопия:**

- 1) дифференциация неэрозивной рефлюксной болезни и рефлюкс-эзофагита, выявление осложнений;
- 2) биопсии слизистой оболочки пищевода при осложненном течении ГЭРБ – язвы, стриктуры, пищевод Барретта;
- 3) ЭГДС в динамике (при неэрозивной рефлюксной болезни можно не проводить) с биопсией слизистой оболочки пищевода при осложненном течении ГЭРБ (язвы, стриктуры, пищевод Баррета).

**Рентгенологическое исследование** пищевода и желудка (полипозиционное) (обязательно при наличии дисфагии) – выявление функциональной и органической патологии пищевода (стриктуры, язвы и опухоли, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы).

# Дополнительные инструментальные исследования:



- 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия (оценка общего времени рефлюкса, рН пищевода и желудка, внепищеводных проявлений);
- Внутрипищеводная манометрия – оценка функционирования нижнего пищеводного сфинктера, моторной функции пищевода;
- УЗИ органов брюшной полости – для выявления сопутствующей патологии;
- ЭКГ и ВЭМ - для дифференциальной диагностики с ИБС.

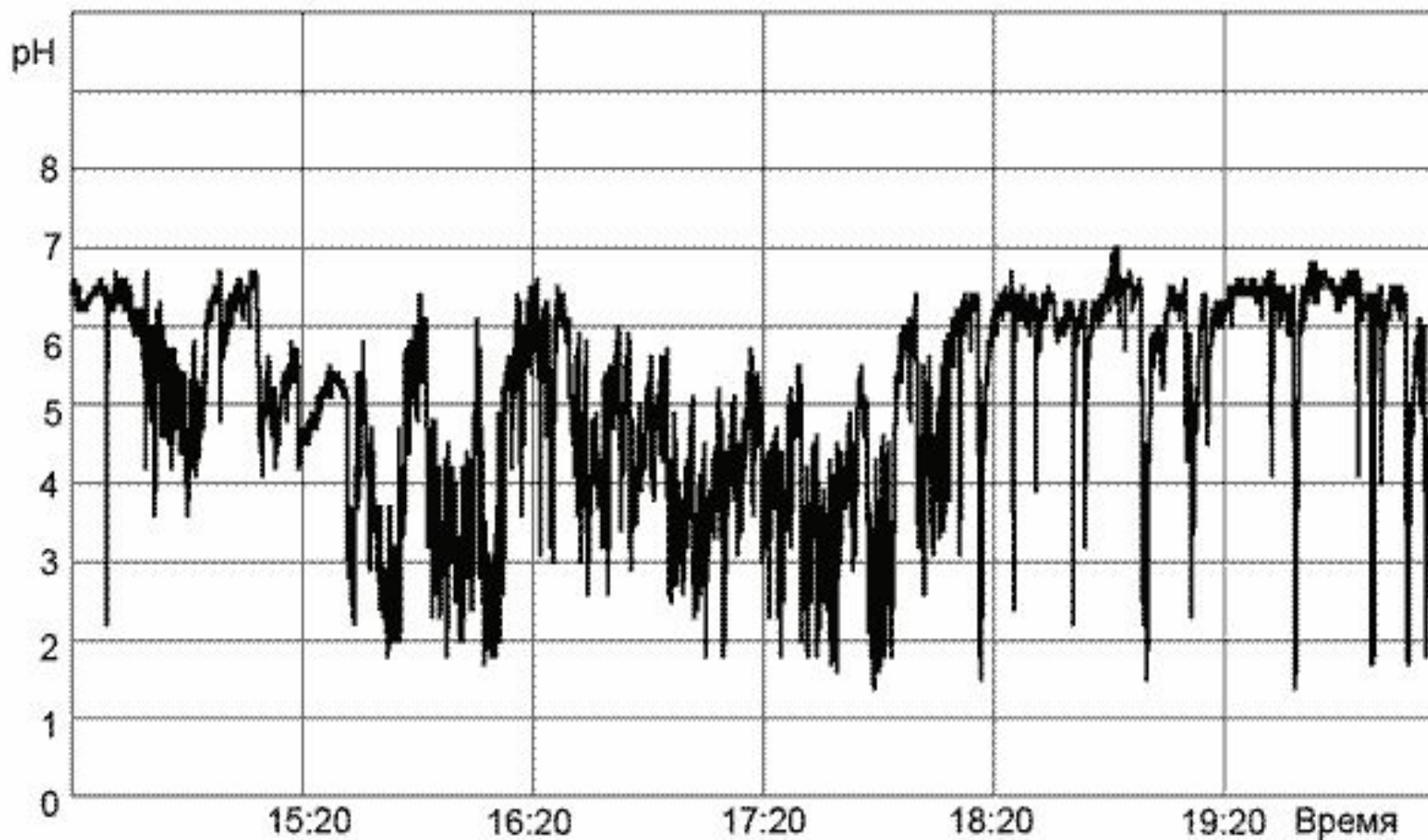


## Методы диагностики ГЭРБ:

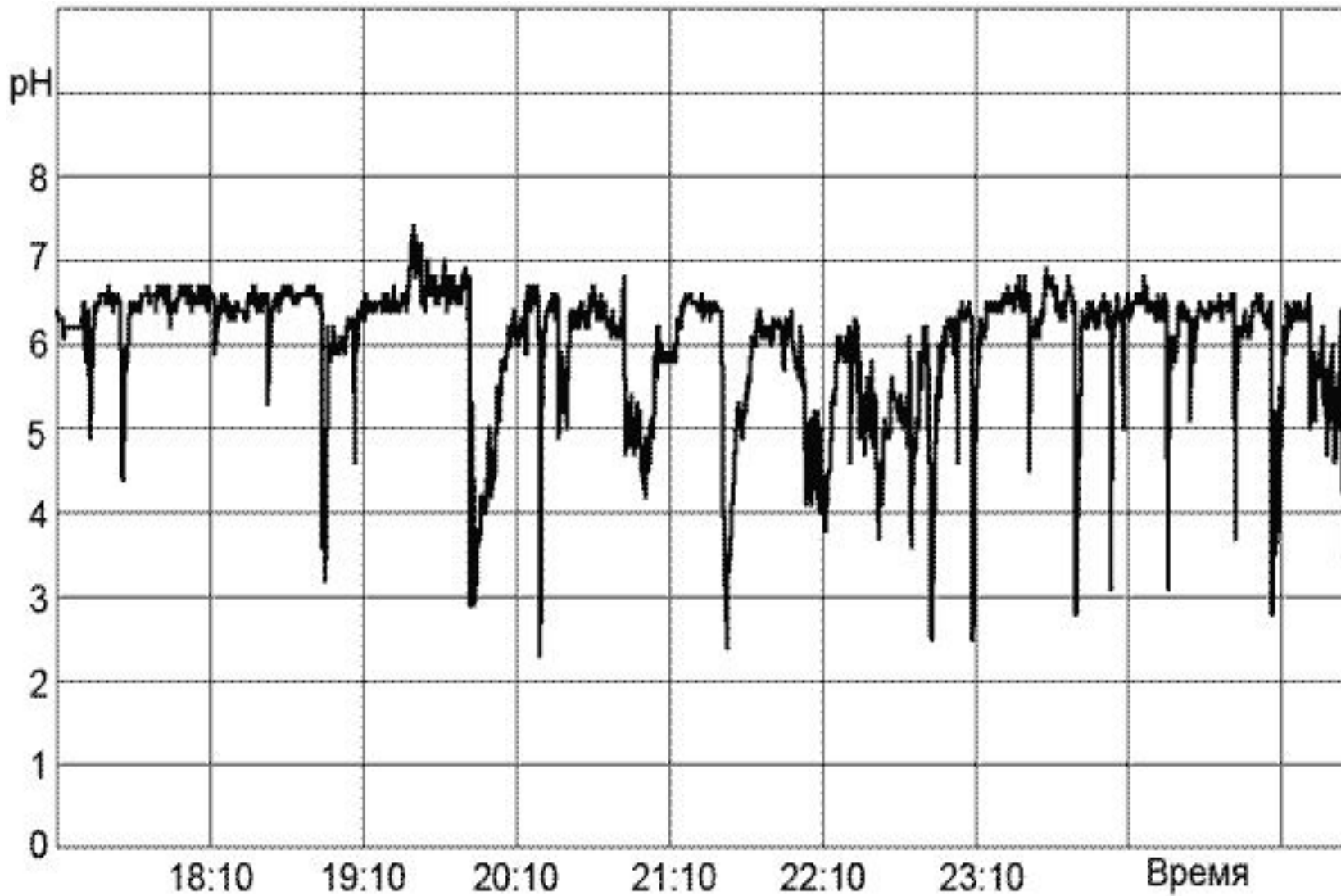
Клинический по её проявлениям.

Эндоскопическое исследование пищевода выявляет воспалительные изменения пищевода, эрозии, язвы, стриктуры пищевода, пищевод Барретта.

Суточное мониторирование рН в нижней трети пищевода определяет количество и продолжительность эпизодов заброса желудочного содержимого в пищевод, а также даёт возможность индивидуального подбора терапии и контроля эффективности действия препаратов. Например:



**pH-грамма пищевода больного ГЭРБ**



**рН-грамма пищевода с физиологическими рефлюксами**

# Дифференциальный диагноз



При типичной клинической картине заболевания дифференциальный диагноз не представляет трудности. При внепищеводных симптомах дифференцировать ГЭРБ с ИБС, бронхолегочной патологией (бронхиальная астма и др.). Для дифференциальной диагностики ГЭРБ с эзофагитами иной этиологии и опухолями – гистологическое исследование биоптатов.



**Рис. Диагностика и лечение ГЭРБ**



*Источник: редакция «ФВ»*

# Лечение



**Немедикаментозное лечение:** заключается в выполнении рекомендации по изменению образа жизни и диеты (антирефлюксные мероприятия), выполнению которых следует придавать особое значение в терапии ГЭРБ:

- Избегать обильного приема пищи;
- После приема пищи избегать наклонов вперед и горизонтального положения; последний прием пищи не позднее чем за 3 часа до сна;
- Ограничить прием продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков;
- Спать с приподнятым головным концом кровати;
- Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса;
- Отказаться от курения; поддерживать массу тела в норме;
- По возможности воздерживаться от приема препаратов, способствующих возникновению ГЭРБ (седативных и транквилизаторов, ингибиторов кальциевых каналов,  $\alpha$ - или  $\beta$ -адреноблокаторов, теofilлина, простагландинов, нитратов) и повреждающих слизистую оболочку пищевода и желудка (НПВС, ГКС и препараты калия).





