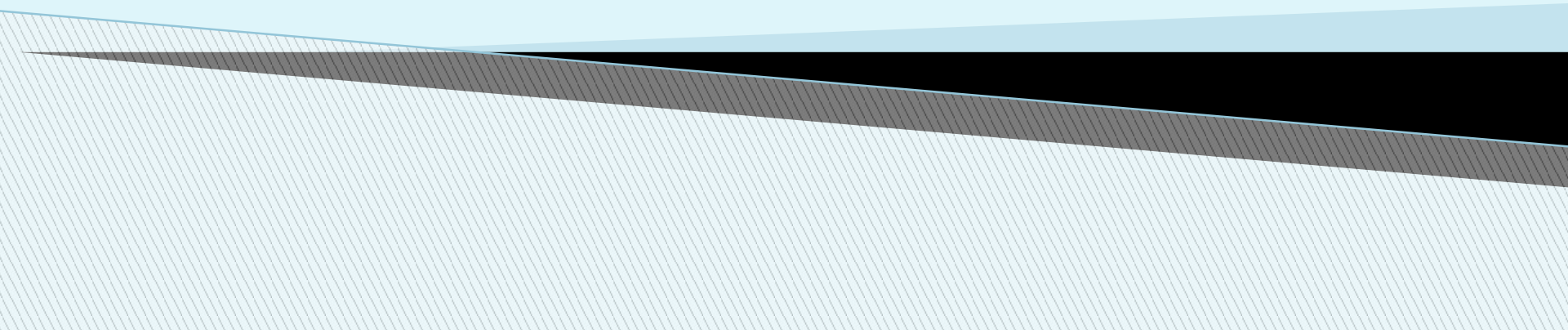


Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)



ПЛАН

- Определение ГЭРБ
- Этиология
- Классификация
- Классификация по МКБ-10
- Клиническая картина
- Диагностика
- Лечение
- Показания к госпитализации
- Диспансеризация
- Профилактика



□ Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее многосимптомное заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящим к поражению нижнего отдела пищевода.

Гастроэзофагеальный рефлюкс представляет собой заброс в пищевод содержимого желудка, в котором присутствует соляная кислота, а также иногда фермент пепсин и желчь. Воздействие этой агрессивной среды вызывает повреждение слизистой оболочки пищевода.

Рефлюкс-эзофагит – воспаление слизистой оболочки пищевода, возникающее по причине рефлюкса – развивается у больных ГЭРБ и сопровождается изменениями слизистой оболочки пищевода, выявляемыми при эндоскопическом исследовании. Однако часто симптомы, сопровождающие гастроэзофагеальный рефлюкс, появляются и в отсутствие эзофагита.

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%.

ГЭРБ имеет одинаковую распространенность среди мужчин и женщин, однако, эзофагит у мужчин встречается в два раза чаще.

Следует отметить, что при беременности вероятность развития ГЭРБ повышается: более половины беременных женщин жалуются на изжогу.



Этиология заболевания

1. Снижения тонуса нижнего сфинктера пищевода. Это происходит вследствие:

- употребления напитков, содержащих кофеин (кофе, крепкий чай, кока-кола);
- приема лекарственных препаратов, (антагонисты кальция - верапамил, спазмолитики - папаверин, нитраты, анальгетики, теофиллин и др.);
- курения (токсическое действие никотина на мышечный тонус);
- употребления алкоголя (при этом происходит и повреждение слизистой оболочки пищевода);
- беременности (гипотензия нижнего пищеводного сфинктера обусловлена влиянием гормональных факторов).

2. Повышение внутрибрюшного давления. Встречается при ожирении, асците, вздутие кишечника (метеоризм), беременности.

3. Диафрагмальная грыжа. При этом создаются условия для рефлюкса - происходит снижение давления на нижнюю часть пищевода в грудной клетке. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы наблюдается приблизительно у 1/2 людей старше 50 лет.

4. Торопливое и обильное употребление пищи, во время которой заглатывается большое количество воздуха, что приводит к повышению внутрижелудочного давления, и забросу содержимого желудка в пищевод.

5. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

6. Избыточное употребление продуктов, богатых животными жирами, продуктов, содержащих мяту перечную, жареные блюда, острые приправы, газированные минеральные воды. Все эти продукты ведут к длительной задержке пищевых масс в желудке, повышению внутрижелудочного давления.

Классификация

Клинико-эндоскопическая классификация, которая подразделяет ГЭРБ на три группы:

- неэрозивная, наиболее частая форма (60% всех случаев ГЭРБ), к которой относят ГЭРБ без признаков эзофагита и катаральный РЭ;
- эрозивно-язвенная форма (34%), включая ее осложнения: язва и стриктура пищевода;

пищевод Баррета (6%) — метаплазия многослойного плоского эпителия на цилиндрический в дистальном отделе как следствие ГЭРБ (эта форма метаплазии рассматривается как предраковое состояние).

Для правильного решения о проведении антимикробной терапии ГЭРБ можно выделить две ее формы:

- Ассоциированная с НР;
- Без НР.



Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита:

- **A**-одно или несколько повреждений слизистой оболочки пищевода, каждое из которых длиной не более 5 мм, ограниченное одной складкой слизистой оболочки
- **B**-одно или несколько повреждений слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, ограниченное складками слизистой оболочки, причем повреждения не распространяются между двумя складками
- **C**-одно или несколько повреждений слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, ограниченное складками слизистой оболочки, причем повреждения распространяются между двумя складками, но занимают менее 75% окружности пищевода
- **D**-повреждения слизистой оболочки пищевода, охватывающие 75% и более по его окружности

Клиническая картина

К ключевым проявлениям ГЭРБ относятся:

- ▣ **Постоянная изжога.** Неприятное ощущение жжения за грудиной может возникать после приема пищи, когда человек ложится, при наклонах вперед. Безрецептурные лекарственные средства, снижающие кислотность или блокирующие выработку соляной кислоты могут помочь справиться с болью. Изжога при ГЭРБ длится около 2 часов после еды. Если же симптомы беспокоят больного несколько часов подряд, например, всю ночь, то данный случай ГЭРБ относят к тяжелой форме заболевания.





- **Кислый или горький привкус во рту.** Попадание кислого содержимого желудка в пищевод может быть настолько выраженным, что во рту появляется кислый или горький привкус.



При значительной выраженности симптомов стоит подозревать наличие ГЭРБ. У многих пациентов возникают отдельные случаи изжоги и кисло-горького привкуса во рту, что не является заболеванием.

К дополнительным симптомам вышеупомянутого заболевания относят внепищеводные проявления:

□ Боль в груди. Тупая боль или выраженный дискомфорт, распространяющийся по грудной клетке. Данный симптом может сопровождаться изжогой и быть расценен, как проявление проблем с сердцем, инфаркта миокарда.



□ Охриплость голоса



- Затрудненное глотание. Возникает чаще при выраженной ГЭРБ.



- Ощущение инородного тела в горле.



□ Кашель.



□ Чрезмерное слюноотделение.



□ Тошнота.



Диагностика

- Тест с ингибитором протоновой помпы
Предварительный диагноз ГЭРБ может быть поставлен на основании типичных симптомов (изжога, отрыжка кислым), после чего назначают ингибитор протоновой помпы (омепразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол) в стандартных дозировках. Эффективность 14 дневного курса подтверждает диагноз ГЭРБ.

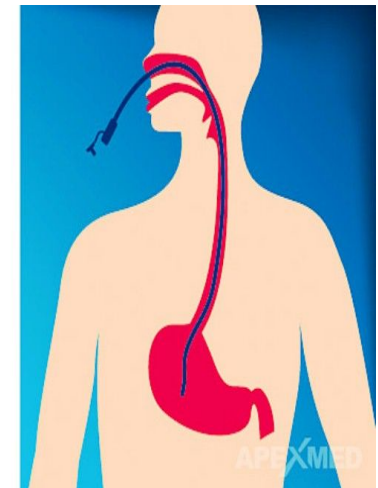


Лабораторно-диагностическое исследование:

- - рентгеноскопия желудка с обязательным исследованием в положении Транделенбурга;
- - эндоскопическое исследование с забором биопсийного материала со слизистой оболочки пищевода (менее информативно по сравнению с рентгеновским методом);



- - проведение пробы Бернштейна: через вазогастральный катетер со скоростью 5 мл/мин слизистая оболочка пищевода орошается 0,1 М раствором соляной кислоты; при положительной пробе в течение 10-15 минут появляется отчетливое жжение за грудиной – проба в 100% случаев положительна при рефлюкс-эзофагите с эрозиями;
- 24 часовой внутрипищеводный pH мониторинг. Определяет количество и длительность рефлюксов в сутки и продолжительность времени, в течении которого уровень pH опускается ниже 4.



- ✓ ФЭГДС (фиброэзофагогастродуоденоскопия). Проводится с целью выявления эзофагита, диагностирования раковых и предраковых заболеваний пищевода. Показания для ее проведения:
- ✓ - неэффективность эмпирического лечения (ингибиторами протонной помпы);
- ✓ - при наличии тревожных симптомов (потеря веса, боль при глотании, кровотечение);
- ✓ - больным старше 40 лет;
- ✓ в случае спорного диагноза и, или при наличии внепищеводных симптомов.
- ✓ Тест на *Helicobacter pylori*. При его выявлении назначают эрадикационную терапию.
- ✓ Консультация специалистов, при наличии показаний:
- ✓ - кардиолог;
- ✓ - пульмонолог;
- ✓ - оториноларинголог;
- ✓ - хирург (при неэффективности проводимой медикаментозной терапии, больших диафрагмальных грыжах, при развитии осложнений).

Лечение

- 1. Отказ от курения и употребления алкогольных напитков
- 2. При избыточной массе тела – нормализация, с помощью подбора диеты, согласно особенностям организма, образа жизни, возраста.





- 3. Исключение горизонтального положения во время сна. Спать нужно с приподнятым головным концом. Это уменьшает число забросов содержимого желудка в пищевод за счет силы тяжести.
- 4. По возможности ограничить ношение бандажей, тугих поясов, повышающих внутрибрюшное давление.

- 5. Принимать пищу следует 4-6 раз в день, небольшими порциями, в теплом виде, за 2-3 часа до сна. После приема пищи нужно избегать горизонтального положения тела, наклонов туловища, физических нагрузок, в течение 2-3 часов.
- 6. Необходимо избегать употребления продуктов и напитков, которые способствуют повышению кислотообразовательной функции желудка и снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера:
 - - кофе, чай, кока-кола, шоколад, газированные напитки, острые соусы, цитрусовые, помидоры;
 - - жирная, кислая, острая пища, пряности;
 - - алкоголь, пиво, кислые фруктовые соки;
 - - капуста, горох, бобовые, черный хлеб (способствуют повышенному газообразованию и повышают внутрибрюшное давление).

- 7. Включать в рацион питания необходимо нежирные сорта мяса, каши, овощи, растительные масла (содержат витамины А и Е, которые способствуют улучшению обновления слизистой оболочки пищевода), яйца.



Медикаментозная терапия

- ингибитор протонной помпы омепразол принимается по 20-40 мг в день в течение 4 недель; устраняет изжогу за 3-5 дней;
- - для сохранения ремиссии применяется комбинированная поддерживающая терапия омепразолом (20 мг) и координаксом (20 мг), длительность проведения определяется возрастом больного, наличием сопутствующих заболеваний, осложнений;



□ - прокинетики (дофаминовые антагонисты): домперидон (мотилиум) не имеет отрицательного воздействия на организм в отличие от метоклопрамида, который вызывает судороги; цизаприд по 10 мг 3-4 раза в день за 20-30 минут до еды и перед сном; координакс по 10 мг 4 раза в день;



□ - антациды: необходимо принимать часто, через 1,5-2 часа после еды и на ночь, в зависимости от выраженности СИМПТОМОВ;



- - H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов: в основном применяются препараты из группы фамотидина, суточные дозы должны быть выше, чем при лечении язвенной болезни (60-80 мг), продолжительность лечения увеличиваться до 8-12 недель, прием препарата 4 раза в день и через 30 минут после обеда, но не на ночь;
- при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические структуры, пищевод Баретта), неэффективности терапии – проведение антирефлюксного хирургического лечения.

Показания к госпитализации

- наличие осложнений (стриктура, кровотечение, перфорация);
- отсутствие положительной клинико-эндоскопической динамики (сохранение жалоб и/или отсутствие эпителизации эрозий и рубцевания язв пищевода) после 4 недель терапии.



Спасибо за внимание

