

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА Внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО

Рецензия к.м.н., ассистента кафедры Внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО
Путинцевой Инны Владимировны на реферат ординатора первого года обучения
специальности терапия Минеевой Елены Сергеевны по теме: «Гастроэзофагеальная
рефлюксная болезнь»

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения
специальности Терапия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	✓ <i>положит.</i>
2. Наличие орфографических ошибок	✓ <i>отрицат.</i>
3. Соответствие текста реферата его теме	✓ <i>положит.</i>
4. Владение терминологией	✓ <i>положит.</i>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	✓ <i>положит.</i>
6. Логичность доказательной базы	✓ <i>положит.</i>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	✓ <i>положит.</i>
8. Круг использования известных научных источников	✓ <i>положит.</i>
9. Умение сделать общий вывод	✓ <i>положит.</i>

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Работа Минеевой Е.С. посвящена актуальной проблеме- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни где в полной мере отражены патогенез заболевания, современные методы ее диагностики на разных этапах медицинской помощи, а так же квалифицированному лечению пациентов. Реферат полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, тема изложена на отлично.

Дата:

31.07.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО

Реферат

ТЕМА: «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь»

Выполнила: Ординатор 1-го года
Минеева Е.С.

Проверила: к.м.н., ассистент
Кафедры внутренних болезней и иммунологии
с курсом ПО Путинцева И.В.

Красноярск,
2019г

Содержание:

- ☐ Введение;
- ☐ Определение;
- ☐ Эпидемиология;
- ☐ Основные факторы патогенеза;
- ☐ Клиническая картина;
- ☐ Внепищеводные проявления заболевания;
- ☐ Осложнения;
- ☐ Этапная диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни;
- ☐ В условиях поликлиники;
- ☐ В условиях стационара;
- ☐ Лечение;
- ☐ Ведение больных с пищеводом Баррета.

Введение

Эпидемиологические исследования последних лет показали, что по своей распространенности ГЭРБ выходит на лидирующие позиции в ряду других гастроэнтерологических заболеваний. Изжога — ведущий симптом ГЭРБ — выявляется у 20-40% населения развитых стран.

В России распространенность ГЭРБ составляет 18-46 %. Актуальность ГЭРБ обуславливается также тем, что она приводит к значительному снижению качества жизни больного, особенно при ночной симптоматике, появлению внепищеводных симптомов (боли в грудной клетке, упорный кашель) и риску таких осложнений как кровотечения из язв и эрозий, развитие пептических стриктур и, что вызывает наибольшую настороженность, аденокарциномы пищевода на фоне пищевода Баррета. Определенные трудности возникают при лечении больных ГЭРБ. Если средние сроки заживления язв двенадцатиперстной кишки составляют 3-4 недели, язв желудка — 4-6 недель, то сроки заживления эрозий пищевода у многих больных могут достигать 8-12 недель. При этом у части больных наблюдается рефрактерность к приему антисекреторных средств. Прекращение приема лекарственных препаратов сопровождается у 60-70% пациентов быстрым (в течение первых 3-х месяцев) развитием рецидива заболевания. Рецидив эрозивного эзофагита — это главный фактор риска развития пищевода Баррета, поэтому чрезвычайно важным является установление факторов риска рецидивирования.

Определение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем функциональных нарушений и/или дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, простого (катарального), эрозивного или язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных со временем — цилиндроклеточной (железистой) метаплазии (пищевода Баррета).

Эрозивный эзофагит и неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ) следует считать двумя формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Эпидемиология

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%. Широкие эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что 40% лиц постоянно (с различной частотой) испытывают изжогу — основной симптом ГЭРБ. В целом, распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 40-60%, причем у 45 - 80% лиц с ГЭРБ обнаруживается эзофагит. В общей популяции населения

распространенность эзофагита оценивается в 5-6%; при этом у 65-90% больных отмечается незначительно выраженный и умеренный эзофагит, у 10- 35% — тяжелый эзофагит.

Частота возникновения тяжелого эзофагита в общей популяции составляет 5 случаев на 100 000 населения в год. Распространенность пищевода Баррета среди лиц с эзофагитом приближается к 8% с колебаниями в диапазоне от 5 до 30%. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости АКП, которая развивается на фоне прогрессирования диспластических изменений в метаплазированном по кишечному типу эпителии слизистой оболочки дистального отдела пищевода. АКП и дисплазия высокой степени развивается у 0,4-0,6% больных с пищеводом Баррета с кишечной метаплазией в год. АКП развивается у 0,5% больных при низкой степени дисплазии эпителия, у 6% в год — при дисплазии высокой степени и менее, чем у 0,1% без дисплазии.

Формирование структур пищевода отмечено у 7-23% больных эрозивно-язвенным эзофагитом, возникновение кровотечений — у 2% пациентов. Среди лиц старше 80 лет с желудочно-кишечными кровотечениями эрозии и язвы пищевода были их причиной в 21% случаев, среди пациентов отделений интенсивной терапии, перенесших операции — в 25% случаев.

Основные фактор патогенеза

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь рассматривается как составная часть группы кислотозависимых заболеваний, поскольку соляная кислота желудка выступает основным повреждающим фактором при развитии клинических симптомов и морфологических проявлений ГЭРБ. Следует помнить, однако, что патологический рефлюкс служит отражением недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, то есть ГЭРБ — заболевание с исходным нарушением двигательной функции пищеварительной системы.

Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ выступает патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод. Эта дисфункция у большей части пациентов сопровождается существенным замедлением восстановления pH дистальной части пищевода после каждого эпизода рефлюкса. Нарушение клиренса пищевода развивается вследствие комбинации двух факторов: ослабления перистальтики грудного отдела пищевода и снижения секреции слюны. Значительное увеличение секреции соляной кислоты желудка (как, например, при синдроме Золлингера-Эллисона) существенно повышает риск возникновения ГЭРБ.

Эпизоды рефлюкса развиваются из-за значительно ослабленного тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), неспособного осуществлять барьерную функцию по отношению к ретроградному току желудочного содержимого. У пациентов с ГЭРБ с выраженным эрозивным эзофагитом или

большой грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), наблюдаются длительные периоды низкого давления НПС (ниже 5 мм рт. ст.).

У подавляющего большинства больных ГЭРБ эпизоды рефлюкса возникают преимущественно во время так называемых преходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера (ПРНПС). Во время преходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера антирефлюксный барьер между желудком и пищеводом исчезает обычно на 10-15 секунд. ПРНПС возникают вне связи с актом глотания. У пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью, а также умеренно выраженным эрозивным эзофагитом, которые вкупе составляют подавляющее большинство больных ГЭРБ, преходящие расслабления НПС могут быть причиной эпизодов рефлюкса почти в 85% случаев.

У значительного количества больных эпизоды ГЭР развиваются при нормальных показателях давления НПС. Механизм ГЭР связан с высоким градиентом давления между желудком и пищеводом, обусловленным различными причинами: у части пациентов нарушение эвакуации содержимого, у другой части - высокое остаточное давление вследствие распространения градиента давления из двенадцатиперстной кишки. В этих случаях ГЭР развиваются вследствие неспособности запирательных механизмов противодействовать высокому градиенту давления в желудке. Кроме того, у части пациентов вследствие нарушений моторной функции желудка пища плохо перемешивается с его содержимым и формируется «озерцо» кислоты вблизи кардии. Этот механизм играет роль в возникновении постпрандиальных рефлюксов.

Таким образом, с патофизиологической точки зрения ГЭРБ — это кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта. В патогенезе НЭРБ особую роль играют особенности слизистой оболочки пищевода.

Клиническая картина

Типичный симптомокомплекс рефлюкса — изжога, отрыжка, срыгивание, болезненное и затрудненное прохождение пищи — являются мучительными для пациентов, значительно ухудшают качество их жизни, отрицательно сказываются на их работоспособности.

Изжога представляет собой наиболее характерный симптом, встречается у 83% больных и возникает вследствие длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4$) желудочного содержимого со слизистой пищевода. Типичным для данного симптома считается усиление при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении. Интенсивность и частота изжоги (как дневной, так и ночной) прямо зависит от показателей индекса массы тела, что соответствует предрасположенности людей с избыточным весом к гастроэзофагеальному рефлюксу.

Отрыжка как один из ведущих симптомов ГЭРБ, встречается достаточно часто и обнаруживается у 52% больных. Отрыжка, как правило, усиливается после еды, приема газированных напитков.

Дисфагия и одиофагия наблюдаются у 19% пациентов с ГЭРБ. Характерной особенностью данных симптомов является их перемежающийся характер. В основе их возникновения лежит гипермоторная дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию, а причиной одиофагии помимо этого может быть эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки. Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

Для больных с ГПОД одним из характерных симптомов служит боль в эпигастральной области, появляющаяся в проекции мечевидного отростка вскоре после еды и усиливающаяся при наклонах, подъеме тяжести, после чего возникает изжога.

К другим симптомам ГЭРБ можно отнести ощущение кома в горле при глотании, боль в нижней челюсти, жжение языка.

Боли в грудной клетке возникают у больных ГЭРБ вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичного эзофагоспазма), причиной которой может быть дефект системы ингибирующего транмисмиттера — оксида азота. Пусковым моментом для возникновения эзофагоспазма и соответственно боли, тем не менее, всегда оказывается патологический (т.е. продолжительный) желудочно-пищеводный рефлюкс.

Внепищеводные проявления заболевания

Внепищеводные проявления заболевания включают в себя:

- ☐ бронхолегочный синдром;
- ☐ оториноларингологический синдром;
- ☐ стоматологический синдром;
- ☐ кардиальный синдром;
- ☐ анемический синдром;

Многообразие симптомов и синдромов приводит на практике к многочисленным ошибкам диагностики, когда ГЭРБ принимают за стенокардию, пневмонию, анемию. Клиническая картина этого хронического заболевания полиморфна, со множеством «масок» других заболеваний.

К бронхолегочным проявлениям относят кашель, частые бронхиты, пневмонии, бронхиальную астму, легочный фиброз.

Першение в горле, осиплость или даже потеря голоса, грубый лающий кашель могут быть результатом заброса желудочного содержимого в гортань и у больных развивается «отоларингологическая маска ГЭРБ».

Стоматологический синдром проявляется поражением зубов вследствие повреждения зубной эмали агрессивным желудочным содержимым. У больных ГЭРБ возможен кариес, развитие халитоза, дентальных эрозий. В редких случаях развивается афтозный стоматит. Боли за грудиной, по ходу пищевода могут создавать впечатление коронарных

болей, так называемый симптом «non-cardiac chestpain». Эти боли обусловлены спазмом пищевода, купируются нитратами, но в отличие от стенокардии не связаны с физической нагрузкой, ходьбой. В результате эзофагокардиального рефлекса может возникать аритмия.

Анемический синдром возникает вследствие хронического кровотечения из эрозий или язв пищевода. Чаще всего это гипохромная железодефицитная анемия.

Дифференциальный диагноз при внепищеводных проявлениях ГЭРБ строится на комплексной клиничко-инструментальной оценке. Необходимо тщательно анализировать время и причины появления клинических симптомов. В случае ГЭРБ они возникают при наклонах, в горизонтальном положении, сочетаются с изжогой, отрыжкой, прекращаются при приеме антацидов, глотка воды.

Осложнения

Рефлюкс-эзофагит, выявляемый при эндоскопическом исследовании, включает в себя простой (катаральный) эзофагит, эрозии и язвы пищевода. Эрозивный эзофагит может быть различной степени тяжести — с А по D стадию по Лос-Анджелесской классификации и с 1-й по 3-ю стадии по классификации Савари-Миллера - в зависимости от площади поражения, в то время как к 4-й стадии по классификации Савари-Миллера относятся осложнения ГЭРБ: стриктуры пищевода, язвы (кровотечения из язв), пищевод Баррета.

ГЭРБ может осложняться стриктурами пищевода в 7%-23%, язвенным поражением пищевода в 5%, кровотечением в 2%.

Наиболее грозное осложнение ГЭРБ — пищевод Баррета — представляет собой развитие цилиндрического (железистого) метаплазированного эпителия в слизистой оболочке пищевода, повышающее в последующем риск развития АКП. Экспозиция соляной и желчных кислот в пищеводе, с одной стороны, увеличивает активность протеинкиназ, инициирующих митогенную активность клеток и соответственно их пролиферацию, а, с другой стороны, угнетает апоптоз в пораженных участках пищевода. Примерно 95% случаев АКП диагностируется у больных с пищеводом Баррета. Поэтому основную роль в профилактике и ранней диагностике рака пищевода играет диагностика и эффективное лечение пищевода Баррета.

Этапная диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

В условиях поликлиники

Диагностика ранних стадий ГЭРБ основана на первичной обращаемости и анализе клинической картины заболевания. Важным компонентом, помогающим выявить больных ГЭРБ и способствующим

профилактике ее осложнений, следует считать внедрение опросников, в том числе тех, которые могут заполнять сами пациенты на амбулаторном приеме.

Дополнительные методы исследования. Эндоскопическое исследование.

Эндоскопическое исследование является одним из основных методов диагностики ГЭРБ, т.к. позволяет определить уровень расположения Z-линии и состояние слизистой оболочки, провести уточняющие методики (хромоскопию, флюоресцентную, ZOOM - эндоскопию, режим NBI).

У больных, предъявляющих жалобы на изжогу, при эндоскопическом исследовании могут отмечаться признаки рефлюкс-эзофагита различной степени выраженности. В их число входят гиперемия и рыхлость слизистой оболочки пищевода (катаральный эзофагит), эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести - с 1-й по 4-ю стадии — в зависимости от площади поражения), наличие экссудата, фибрина или признаков кровотечения.

Для определения изменений слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите было предложено много классификаций, но наиболее распространенными являются: классификация M. Savary and G. Miller и классификация, которая впервые была предложена на Всемирном конгрессе по гастроэнтерологии в Лос-Анджелесе в 1994 году (Armstrong D. Endal., 1996), разработанная Международной рабочей группой экспертов. Классификация M. Savary and G. Miller, по которой различают 4 стадии рефлюкс-эзофагита:

1 стадия — диффузная или очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, отдельные несливающиеся эрозии с желтоватым основанием и красными краями, линейные афтозные эрозии, распространяющиеся вверх от кардии или пищеводного отверстия диафрагмы;

2 стадия — сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой эрозии;

3 стадия - воспалительные и эрозивные изменения сливаются и захватывают всю окружность пищевода;

4 стадия - подобна предыдущей степени, но имеются осложнения: сужение просвета пищевода, ухудшающее или препятствующее проведению эндоскопа в нижележащие отделы, язвы, пищевод Баррета.

Лос-Анджелесская классификация предусматривает четырехстепенную градацию рефлюкс-эзофагита и в ее основе также учитывается распространенность процесса, но осложнения ГЭРБ: стриктуры, язвы, пищевод Баррета - рассматриваются отдельно и могут быть при любой стадии.

Стадия А — один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки размером до 5 мм., который не захватывает слизистую между складками (расположен на вершине складки).

Стадия В — один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки размером более 5 мм., который не захватывает слизистую между складками (расположен на вершине складки).

Стадия С — один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который распространяется на слизистую между двумя или более складками, но вовлекает менее 75% окружности пищевода.

Стадия D — один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который вовлекает более 75% окружности пищевода.

Помимо этого могут отмечаться пролапс желудочной слизистой в пищевод, особенно при рвотных движениях, истинное укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода существенно выше диафрагмы, заброс желудочного или дуоденального содержимого в пищевод. Оценить замыкательную функцию кардии при эзофагоскопии достаточно сложно, так как кардия может быть приоткрыта рефлексорно в ответ на введение эндоскопа и инсuffляцию воздуха.

Во многих случаях клиническая симптоматика заболевания не сопровождается эндоскопическими и морфологическими изменениями, характерными для эрозивного эзофагита (неэрозивная форма заболевания, НЭРБ).

В условиях стационара

При торпидном течении заболевания (отсутствии клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4-8 недель проведения стандартной адекватной терапии), а также наличии осложнений заболевания (стриктуры, пищевод Баррета) необходимо проведение обследования в условиях специализированного стационара или гастроэнтерологической клиники, в том числе в амбулаторных подразделениях этих учреждений. При необходимости больным должны быть проведены:

☐ эзофагогастродуоденоскопия с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов для исключения пищевода Баррета и аденокарциномы, а также эозинофильного эзофагита;

☐ внутрипищеводная суточная рН-метрия или рН-импедансометрия;

☐ пищеводная манометрия;

☐ рентгенологическое исследование пищевода и желудка;

☐ комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов.

☐ регистрация электрокардиограммы и другие специальные методы. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки пищевода выявляются выраженные в той или иной степени дистрофические, некротические, острые и хронические воспалительные изменения.

Характерны выраженные в разной степени межклеточный отек, дистрофия и очаги некроза, особенно в поверхностных слоях, эпителиоцитов (кератиноцитов). Базальная мембрана эпителия в большинстве случаев не изменена, но у некоторых больных может быть утолщена и склерозирована.

В результате некроза различных по площади участков многослойного плоского эпителия формируются эрозии (эрозивный эзофагит), а при более глубоких поражениях, вплоть до мышечной оболочки и даже глубже — язвы (язвенный эзофагит).

Наряду с дистрофически-некротическими изменениями эпителия в слизистой оболочке отмечаются нарушения микроциркуляции с гиперемией сосудов. Характерно увеличение числа и изменение длины сосудисто- стромальных сосочков. В толще эпителия и в субэпителиальном слое выявляются очаговые (как правило, периваскулярные), а местами диффузные лимфо-плазмноклеточные инфильтраты с примесью нейтрофильных лейкоцитов и единичных эозинофилов.

При метаплазии слизистой оболочки пищевода кардиального или фундального типов, риск развития аденокарциномы пищевода не увеличивается. Однако если метаплазия приводит к появлению т.н. специализированного эпителия, как называют железистый эпителий кишечного типа, риск озлокачествления становится явным.

Манометрия

Исследование двигательной функции пищевода позволяет изучить показатели движения стенки пищевода и деятельности его сфинктеров. При ГЭРБ манометрическое исследование выявляет снижение давления нижнего пищеводного сфинктера, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, увеличение количества преходящих расслаблений сфинктера, снижение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода.

Манометрия позволяет выявить эзофагоспазм, атипичные случаи ахалазии кардии. Исследование позволяет верифицировать положение НПС для проведения рН-метрии. Оно является неперенным атрибутом обследования пациента для решения вопроса о хирургическом лечении ГЭРБ.

рН-метрическое исследование пищевода

Основным методом диагностики ГЭР служит рН-метрия. Исследование может проводиться как амбулаторно, так и в стационарных условиях.

При диагностике ГЭР результаты рН-метрии оценивают по общему времени, в течение которого рН принимает значения менее 4-х единиц, общему числу рефлюксов за сутки, числу рефлюксов продолжительностью более 5 минут, длительности наиболее продолжительного рефлюкса.

Суточная рН-метрия имеет очень высокую чувствительность (88- 95%) в диагностике ГЭРБ и кроме того помогает в индивидуальном подборе лекарственных препаратов.

рН-импедансометрия пищевода

Импедансометрия пищевода (от лат. impedio - препятствую) - метод регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанный на измерении сопротивления (импеданса), которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода.

Импедансометрия является методикой диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, позволяющей определять эпизоды

рефлюксов в пищевод, независимо от значения рН рефлюктата, а также физическое состояние (газ, жидкость) и клиренс болюса, попавшего в пищевод во время рефлюкса.

рН-импедансометрия применяется для обнаружения гастроэзофагеальных рефлюксов при ГЭРБ, причем этот метод имеет следующие преимущества перед традиционной рН-метрией пищевода:

- ☐ обнаружение всех типов рефлюксов, независимо от значения рН рефлюктата (кислых, щелочных, слабокислых рефлюксов и сверхрефлюксов);
- ☐ диагностика ГЭРБ на фоне терапии антисекреторными препаратами и оценка ее эффективности, а также при гипо/анацидных состояниях;
- ☐ выявление связи имеющихся симптомов со слабокислыми, слабощелочными рефлюксами;
- ☐ определение физического состояния рефлюктата (газовый, смешанный и жидкий);
- ☐ определение высоты проксимального распространения рефлюксов;
- ☐ расчет клиренса болюса.

Рентгенологическое исследование

☐ Рентгенологическое исследование пищевода может применяться с целью диагностики ГЭРБ и позволяет обнаружить грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуры пищевода, диффузный эзофагоспазм, а также гастроэзофагеальный рефлюкс как таковой.

☐ В диагностике ГЭРБ могут быть использованы такие методы, как билиметрия, сцинтиграфия, тест Бернштейна-Бейкера. Билиметрия позволяет верифицировать желчные рефлюксы, сцинтиграфия выявляет нарушения моторно-эвакуаторной функции пищевода. Эти методики используются в высокоспециализированных учреждениях.

Лечение ГЭРБ

Лечение должно быть направлено на уменьшение рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищевого клиренса и защиту слизистой оболочки пищевода. В настоящее время основными принципами лечения ГЭРБ можно считать следующие: необходимость назначения ингибиторов протонной помпы и проведения длительной основной (не менее 4-8 недель) и поддерживающей (6-12 месяцев) терапии.

Изменение образа жизни следует считать обязательной предпосылкой эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ. В первую очередь, необходимо снизить массу тела, если она избыточна, и прекратить курение.

Нужно избегать употребления томатов в любом виде, кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца. Необходимо исключить употребление алкоголя, очень острой, горячей или холодной еды и газированных напитков.

Пациентам следует избегать переедания; они должны прекратить прием пищи за два часа до сна. Не следует увеличивать число приемов пищи: необходимо соблюдать 3-4 разовое питание без перекусов.

Следует предотвращать состояния, повышающие внутрибрюшное давление (исключение нагрузок, повышающих внутрибрюшное давление, ношения корсетов, бандажей и тугих поясов, поднятия тяжестей более 8-10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса)

Антациды

Антацидные средства — алюминия фосфат 2,08 г. 1 пак 2-3 р в день, комбинированный препарат - алюминия гидроксид 3,5 г. и магния гидроксид 4,0 г. в виде суспензии, а также алюминия гидроксид 400 мг и магния гидроксид 400 мг в виде таблеток — эффективны в лечении умеренно выраженных и редко возникающих симптомов, особенно тех, которые связаны с несоблюдением рекомендованного образа жизни.

Антациды могут применяться как в качестве монотерапии клинических проявлений (изжоги), так и в схемах комплексной терапии ГЭРБ, эффективно подавляя кислотный рефлюкс, спровоцированный рефлюксогенной пищей. Жидкие и таблетированные формы препаратов весьма эффективны в быстром устранении симптомов ГЭРБ. Антациды следует принимать часто (в зависимости от выраженности симптомов), обычно через 1,5-2 часа после еды и на ночь.

Адсорбенты — диоктаэдрический смектит 3 г. 1 пак. 3 р в день - оказывают комплексное влияние: во-первых они обладают нейтрализующим соляную кислоту желудочного сока действием, а во-вторых адсорбирующим действием, связывая компоненты дуоденального содержимого (желчные кислоты, лизолецитин) и пепсин. Адсорбенты могут применяться как в качестве монотерапии клинических проявлений неэрозивной рефлюксной болезни, так и в составе комплексной терапии ГЭРБ, особенно в случае смешанного (кислотного+желчного) рефлюкса.

Алгинаты связывают кислоту, пепсин и желчь, образуют на поверхности желудочного содержимого «плот», блокирующим рефлюкс и формируют защитную пленку на слизистой пищевода.

Прокинетики (стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта) приводят к восстановлению нормального физиологического состояния пищевода, эффективно воздействуя на патогенетические механизмы ГЭРБ, уменьшают количество преходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера, улучшают пищеводный клиренс, в том числе, за счет улучшения двигательной функции нижележащих отделов пищеварительного тракта.

Прокинетический препарат Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 р в день относится к средствам патогенетического лечения ГЭРБ, поскольку

нормализует двигательную функцию верхних отделов пищеварительного тракта.

При наличии как пищеводных, так и внепищеводных проявлений ГЭРБ эффективно назначение ингибиторов протонной помпы. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) это препараты, подавляющие активность фермента H^+ , K^+ - АТФазы, находящегося на апикальной мембране париетальной клетки и осуществляющего последний этап синтеза соляной кислоты. На сегодняшний день ИПП считаются наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения ГЭРБ. В клинических исследованиях ИПП постоянно демонстрируют наибольшую эффективность в лечении эрозивного эзофагита и купировании ГЭРБ-ассоциированных симптомов. ИПП эффективно контролируют уровень pH в нижней трети пищевода, поэтому выраженность симптомов быстро уменьшается и они исчезают при назначении рабепразола в дозе 20 мг 1 р в день, пантопразола 40 мг 1 р в день, омепразола 20 мг 1-2 р в день, эзомепразола 40 мг 1 р в день, лансопразола 30 мг 1 р в день. Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Назначение ИПП необходимо для лечения эрозивного эзофагита в течение не менее 8 недель при наличии (В) 2-й и большей стадии эзофагита и не менее 4 недель при наличии эзофагита (А) 1-й стадии. Пациентам с типичным симптомокомплексом рефлюкса, которые не дают адекватного ответа на терапию ИПП в стандартной дозе один раз в день, может быть рекомендован прием ИПП дважды в день.

Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. При наличии осложнений ГЭРБ поддерживающую терапию следует проводить ингибиторами протонной помпы также в полной дозе.

Больные ГЭРБ подлежат активному диспансерному наблюдению с контрольным обследованием, проводимым не реже 1 раза в год. При наличии осложнений необходимо обследовать таких пациентов 2 раза в год, в том числе с применением эндоскопического и морфологического исследования.

Самый высокий процент эффективного лечения обострений ГЭРБ и сохранения ремиссии достигается при комбинированном применении ИПП, прокинетиков, антацидов/адсорбентов.

Резистентными к терапии ИПП предложено считать пациентов с отсутствием полного заживления слизистой оболочки пищевода и/или удовлетворительного купирования симптомов после проведения полного курса лечения стандартной (один раз в сутки) дозой ИПП.

Наиболее распространенной причиной, приводящей к отсутствию эффекта от проводимой терапии, является недостаточная приверженность больных к лечению, то есть несоблюдение пациентами рекомендаций по изменению образа жизни и правилам приема лекарственных препаратов. Резистентность к терапии ИПП нередко наблюдается при неправильном назначении этих препаратов.

Причиной неэффективности ингибиторов секреции соляной кислоты может быть наличие слабокислого рефлюкса, а также преобладание в рефлюктате содержимого 12-ти перстной кишки с преимущественно щелочной средой, когда изжога и другие симптомы ГЭРБ возникают в результате действия на слизистую оболочку пищевода компонентов желчи и панкреатических ферментов.

Антирефлюксное хирургическое лечение считается показанным при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие синдрома Баррета с дисплазией эпителия высокой степени, частые аспирационные пневмонии). В некоторых случаях, когда пациент по тем или иным объективным или субъективным причинам не может получать консервативную терапию ГЭРБ, следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении и при неосложненном течении.

Хирургическое лечение ГЭРБ может быть эффективным у тех пациентов ГЭРБ, у которых имеются типичные проявления ГЭРБ и их лечение с помощью ИПП тоже эффективно. При неэффективности ИПП, а также при внепищеводных проявлениях, хирургическое лечение также будет менее эффективным.

Рассматривать вопрос об оперативном лечении нужно лишь совместно с опытным в данной области хирургом, если выполнены все мероприятия по нормализации образа жизни, доказано (с помощью рН-импедансометрии) наличие патологического желудочно-пищеводного рефлюкса, а с помощью манометрии пищевода отсутствие дефектов перистальтики пищевода.

Ведение больных с пищеводом Баррета

Необходимость активного диспансерного наблюдения больных пищеводом Баррета обуславливается возможностью предупреждения аденокарциномы пищевода в случаях ранней диагностики дисплазии эпителия. Верификация диагноза пищевода Баррета и установление степени дисплазии проводится с помощью гистологического исследования.

Если при этом выявляется дисплазия низкой степени, необходимо назначить ИПП в стандартной или двойной дозе (в зависимости от данных, полученных при проведении рН-метрии) с повторением гистологического исследования через 3 месяца. При сохранении дисплазии низкой степени больным рекомендуется продолжить постоянный прием полной дозы ИПП и провести гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев. Затем гистологическое исследование проводится ежегодно. Если выявляется дисплазия высокой степени, необходимо назначить двойную дозу ИПП с параллельной оценкой результатов гистологического исследования и последующим решением вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении больного. Более подробные алгоритмы ведения больных с пищеводом Баррета изложены в специальных клинических рекомендациях

Литература

1. «Болезни пищевода» под ред. Ивашкина В.Т., Трухманова А.С; Москва, «Триада — X», 2000, 179 с.
2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рекомендации по диагностике и лечению. М.; 2013. 20 с. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. Москва,-1999. 273 с.
3. Дронова О.Б., Каган И.И., Третьяков А.А., Мищенко А.Н. Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Оренбург; 2008. 90 с.
4. Зайратьянц О.В., Маев И.В., Смольяникова В.А., Мовтаева П.Р. Патологическая анатомия пищевода Барретта // Архив патологии. - 2011. - Т.73. - Вып.3. - С.21-26.
5. Гастроэнтерология : Национальное руководство : краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

