



ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Рустамов Мирзабек Надирович

**Белорусский государственный медицинский
университет**

Кафедра кардиологии и внутренних болезней

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

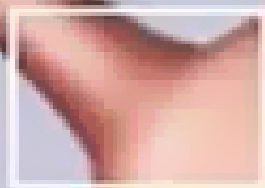
ГЭРБ - заболевание, характеризующееся развитием специфических симптомов и/или воспалительного поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося, ретроградного поступления желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.

- В основе патогенеза – недостаточность НПС (циркулярной гладкой мышцы, находящейся у здорового человека в состоянии тонического сокращения, и разделяющей пищевод и желудок), которая способствует забросу содержимого желудка в пищевод (рефлюкс).
- Длительно существующий рефлюкс приводит к эзофагиту и иногда к опухолям пищевода. Возникают типичные (изжога, отрыжка, дисфагия) и атипичные (кашель, боль в грудной клетке, свистящие хрипы) проявления заболевания.
- Патологические изменения со стороны органов дыхания (пневмонии, бронхоспазм, идиопатический легочный фиброз), голосовых связок (охриплость голоса, ларингиты, рак гортани), органа слуха (средний отит), зубов (дефекты эмали), могут являться дополнительными признаками, свидетельствующими о рефлюксе.

Кардиологические симптомы

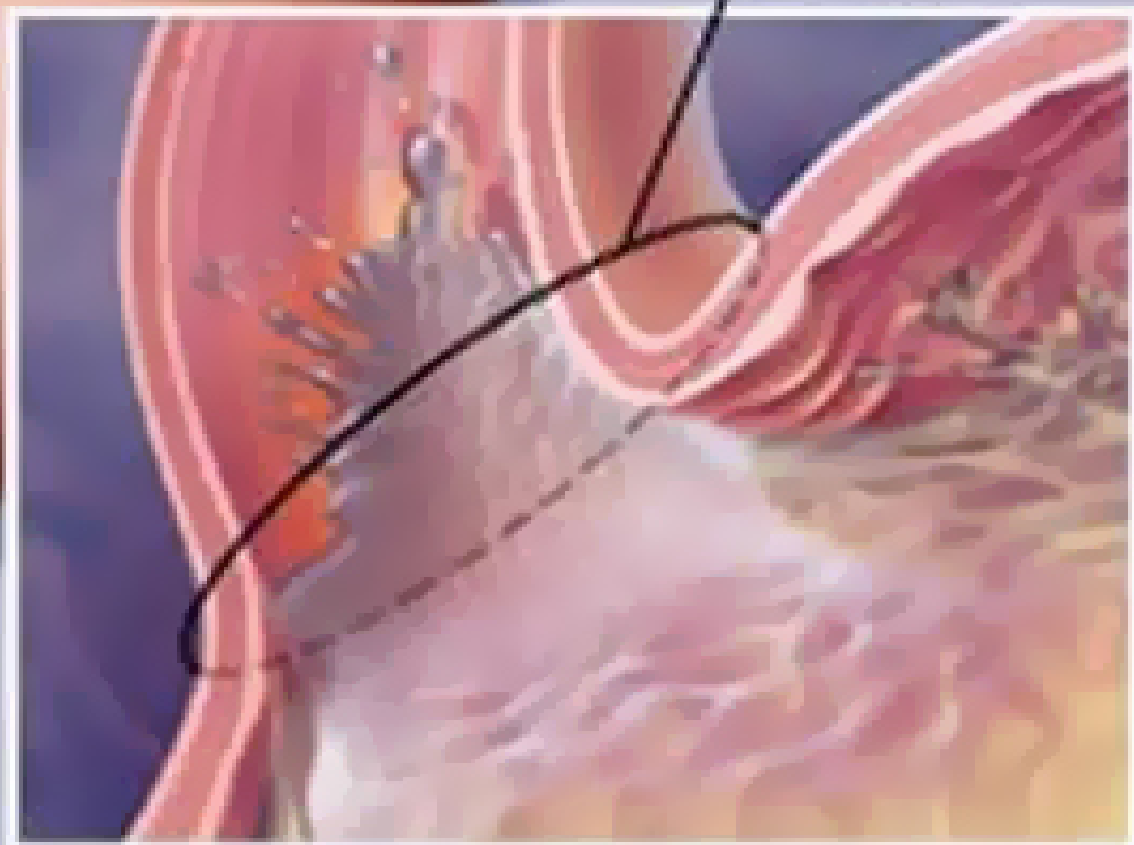
- Симптомы изжоги можно спутать с болью, которая является симптомом острого инфаркта миокарда и стенокардии. Описание горения или боли в желудке, подобно чувства несварения, повышает риск острого коронарного синдрома, но не на статистически значимом уровне. В группе людей, представляющих больницу с симптомами ГЭРБ, 0,6% могут быть вызваны ишемической болезнью сердца.
- У 30% пациентов с болью в грудной клетке, подвергающихся сердечной катетеризации, есть результаты, которые не учитывают дискомфорт в грудной клетке, и часто определяются как имеющие «атипичную боль в груди» или боль в грудной клетке неопределенного происхождения. Согласно данным, зарегистрированным в нескольких исследованиях, основанных на амбулаторном мониторинге рН и давления в пищеводе, считается, что от 25% до 50% этих пациентов имеют признаки аномального ГЭРБ.

пищевод



заброс содержимого
желудка в пищевод

желудок



Определение ГЭРБ

ГЭРБ – это симптомокомплекс, формируемый патологическим увеличением длительности контакта слизистой пищевода с кислым желудочным содержимым, являющийся следствием дефекта моторики пищевода и желудка, а не повышением кислотности желудочного сока. Определение ГЭРБ

(Генваль, 1999).

Определение ГЭР

Термином **«гастроэзофагеальный рефлюкс»** (ГЭР) обозначают ретроградное продвижение содержимого желудка через нижний пищеводный сфинктер в пищевод. **Это нормальное физиологическое явление**, если возникает изредка после приема пищи и не сопровождается неприятными субъективными ощущениями.

ГЭР следует рассматривать как **патологический**, если:

эпизоды рефлюкса частые и/или продолжительные;

заброс желудочного содержимого в пищевод сопровождается развитием клинической симптоматики с воспалением или повреждением слизистой оболочки пищевода, внепищеводными симптомами.

ГЭРБ: МОНРЕАЛЬСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Состояние, при котором происходит заброс содержимого желудка в пищевод, вызывает неприятные симптомы и/или осложнения
- Происходит более 2 эпизодов изжоги в неделю
- Отрицательно влияет на самочувствие и качество жизни человека

From Vakil N et al. Am J Gastroenterol 2006;101:1900-20.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота ГЭРБ часто недооценивается, так как только 25% больных обращается к врачу. Многие люди не предъявляют жалоб, так как купируют проявления заболевания безрецептурными препаратами. Возникновению болезни способствует пищевой рацион, содержащий избыточные количества жиров.

- Если оценивать распространенность ГЭРБ по частоте изжоги, то на нее жалуются 21-40% жителей Западной Европы, до 20-45% жителей США и около 15% жителей России. Вероятность наличия ГЭРБ высока при **возникновении изжоги не менее двух эпизодов в неделю**. У 7-10% больных она возникает ежедневно. Однако и при более редкой изжоге наличие ГЭРБ не исключено.
- Частота развития ГЭРБ у мужчин и женщин любого возраста составляет 2-3:1. Показатели заболеваемости ГЭРБ увеличиваются у людей в возрасте старше 40 лет. Однако эзофагит Баррета и аденокарцинома примерно в 10 раз чаще наблюдаются у мужчин.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Достоверных цифр заболеваемости ГЭРБ нет. Данное обстоятельство связано с тем, что не все больные обращаются к врачу, большинство из них занимается самолечением. Эпидемиологические исследования показывают, что около 30% взрослого населения имеют различные проявления ГЭРБ. Распространённость пищевода Баррета составляет 376 больных на 100 тыс. населения. Заболеваемость и обращаемость больных за медицинской помощью напоминают айсберг, надводная часть которого составляют меньшую часть больных, около 40%.

Спектр кислотозависимых заболеваний пищевода

Спектр кислотозависимых заболеваний пищевода

В структуре ГЭРБ

В общей популяции



ГЭРБ МКБ -10

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – МКБ-10:

К 21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом,

К 21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЭРБ

ГЭРБ без эзофагита (эндоскопически негативная рефлюксная болезнь, или **НЭРБ**)

НЭРБ - это повреждение слизистой оболочки пищевода, не выявляющееся при эндоскопическом исследовании. Встречается более чем в **55-70%** случаев.

ГЭРБ с эзофагитом (эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь)

Рефлюкс –эзофагит - это повреждение слизистой оболочки пищевода, видимое при эндоскопии, воспалительный процесс в дистальной части пищевода, вызванный действием на слизистую оболочку пищевода желудочного сока, желчи, панкреатических и кишечных секретов. Наблюдается у **30-45%** больных ГЭРБ.

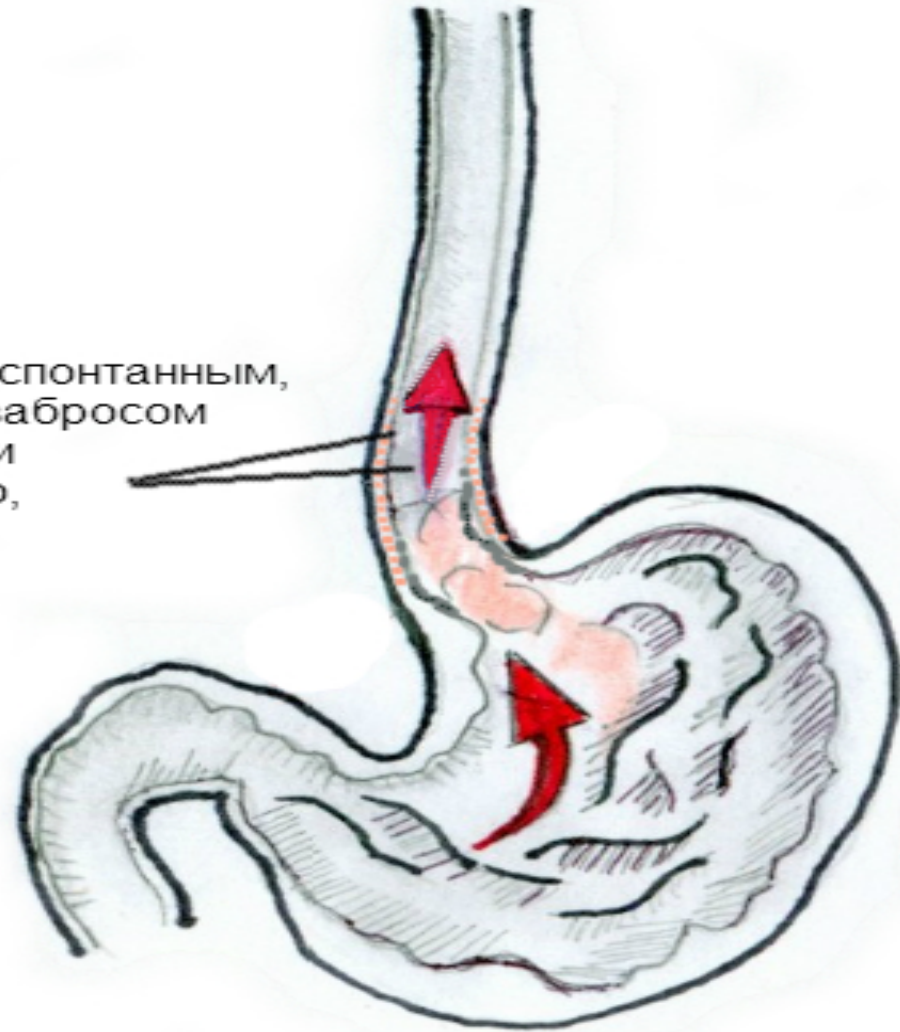
Тяжесть субъективной симптоматики и продолжительность заболевания не коррелирует с эндоскопической картиной. При эндоскопически негативной ГЭРБ качество жизни страдает так же, как и при рефлюкс-эзофагите, и наблюдаются характерные для заболевания показатели рН-метрии.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЭРБ

Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита (ГЭРБ)

www.medelement.com

Заболевание обусловлено спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к поражению нижнего отдела пищевода



КЛАССИФИКАЦИЯ ГЭРБ

Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (ГЭРБ)

www.medelement.com

Заболевание обусловлено спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к поражению нижнего отдела пищевода. Для данной формы характерно развитие воспаления слизистой дистального отдела пищевода



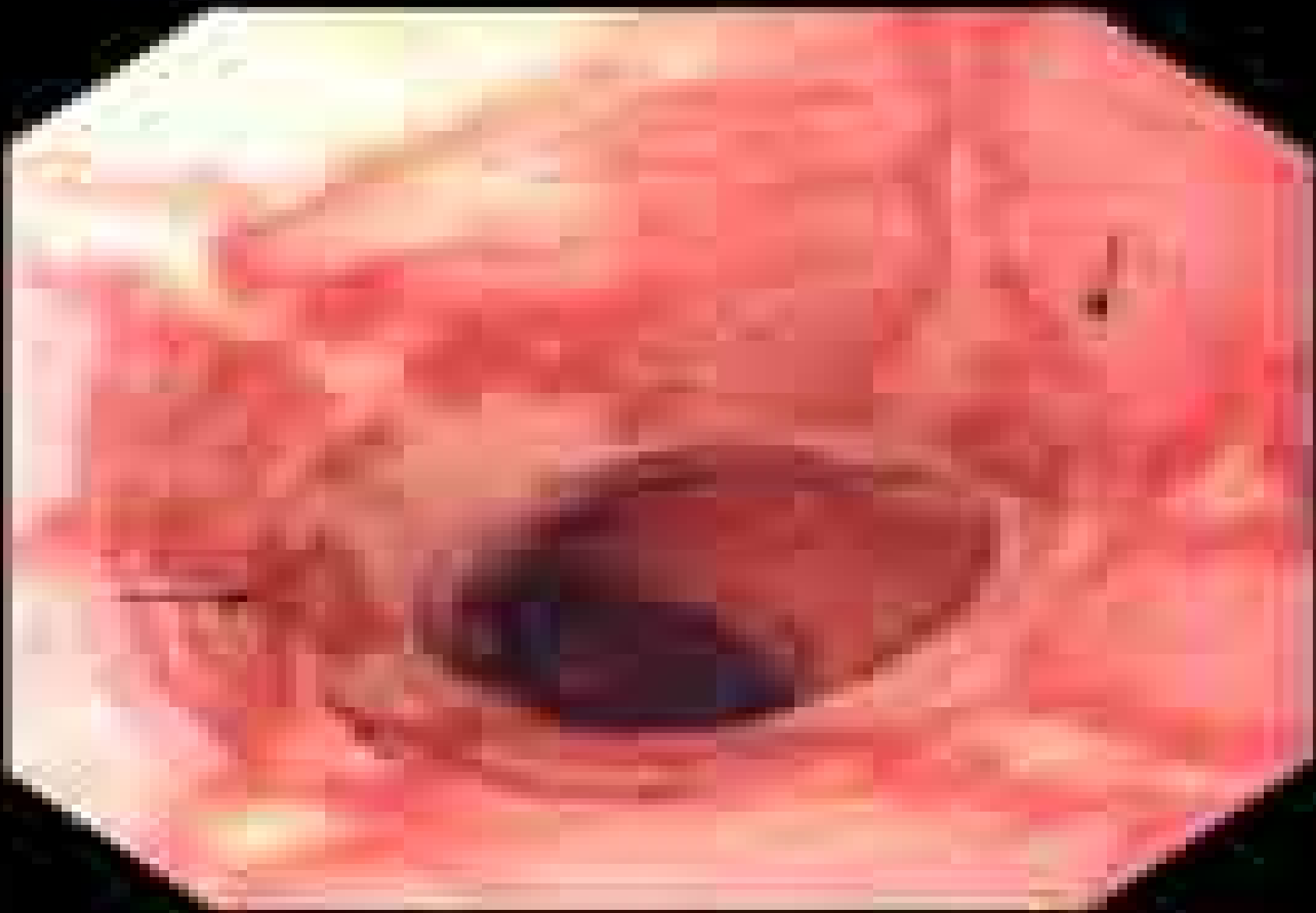
Классификация РЭ

Наиболее распространены две классификации РЭ - Лос-Анджелесская и по Savary-Miller.

В Лос-Анджелесской классификации эритемы и отек слизистой пищевода не считаются признаками РЭ.

Среди больных РЭ более чем у 80% наблюдается эзофагит степеней А или В. Эзофагит степени D наблюдается только в 5-6% случаев эрозивной ГЭРБ.

РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ



Лос-Анджелесская классификация РЭ

Степень РЭ	Эндоскопическая картина
Степень А	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной до 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.
Степень В	Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.
Степень С	Поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода.
Степень D	Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода.

Эндоскопическая классификация эзофагитов по степени тяжести по Savary-Miller

Степень РЭ	Эндоскопическая картина
I степень	Отдельные не сливающиеся эрозии и/или эритема дистального отдела пищевода.
II степень	Сливающиеся, но не захватывающие большую часть слизистой оболочки эрозии.
III степень	Эрозивные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки пищевода.
IV степень	Язва, стеноз или укорочение пищевода.
V степень	Цилиндрическая тонкокишечная метаплазия слизистой оболочки пищевода (Пищевод Баррета).

КЛАССИФИКАЦИЯ РЭ

В **США** также распространена следующая более простая для повседневного использования классификация:

- **Степень 0:** Макроскопические изменения пищевода отсутствуют; признаки ГЭРБ выявляются только при гистологическом исследовании.
- **Степень 1:** Выше пищеводно-желудочного перехода выявляются один или более отграниченных очагов воспаления слизистой оболочки с гиперемией или экссудатом.
- **Степень 2:** Сливающиеся эрозивные и экссудативные очаги воспаления слизистой оболочки, не охватывающие всей окружности пищевода.
- **Степень 3:** Эрозивно-экссудативное воспаление пищевода по всей его окружности.
- **Степень 4:** Признаки хронического воспаления слизистой оболочки пищевода (пептические язвы, стриктуры пищевода, пищевод Баррета).

Классификация ГЭРБ согласно международному научно обоснованному соглашению (Монреаль, 2005)

Пищеводные синдромы

Внепищеводные синдромы

Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами (при отсутствии структурных повреждений пищевода)

Синдромы с повреждением пищевода (осложнения ГЭРБ)

Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена

Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается

1. Классический рефлюксный синдром
2. Синдром боли в грудной клетке

1. Рефлюкс-эзофагит
2. Стриктуры пищевода
3. Пищевод Баррета
4. Аденокарцинома

1. Кашель рефлюксной природы
2. Ларингит рефлюксной природы
3. Бронхиальная астма рефлюксной природы
4. Эрозии зубной эмали рефлюксной природы

1. Фарингит
2. Синуситы
3. Идиопатический фиброз лёгких
4. Рецидивирующий средний отит

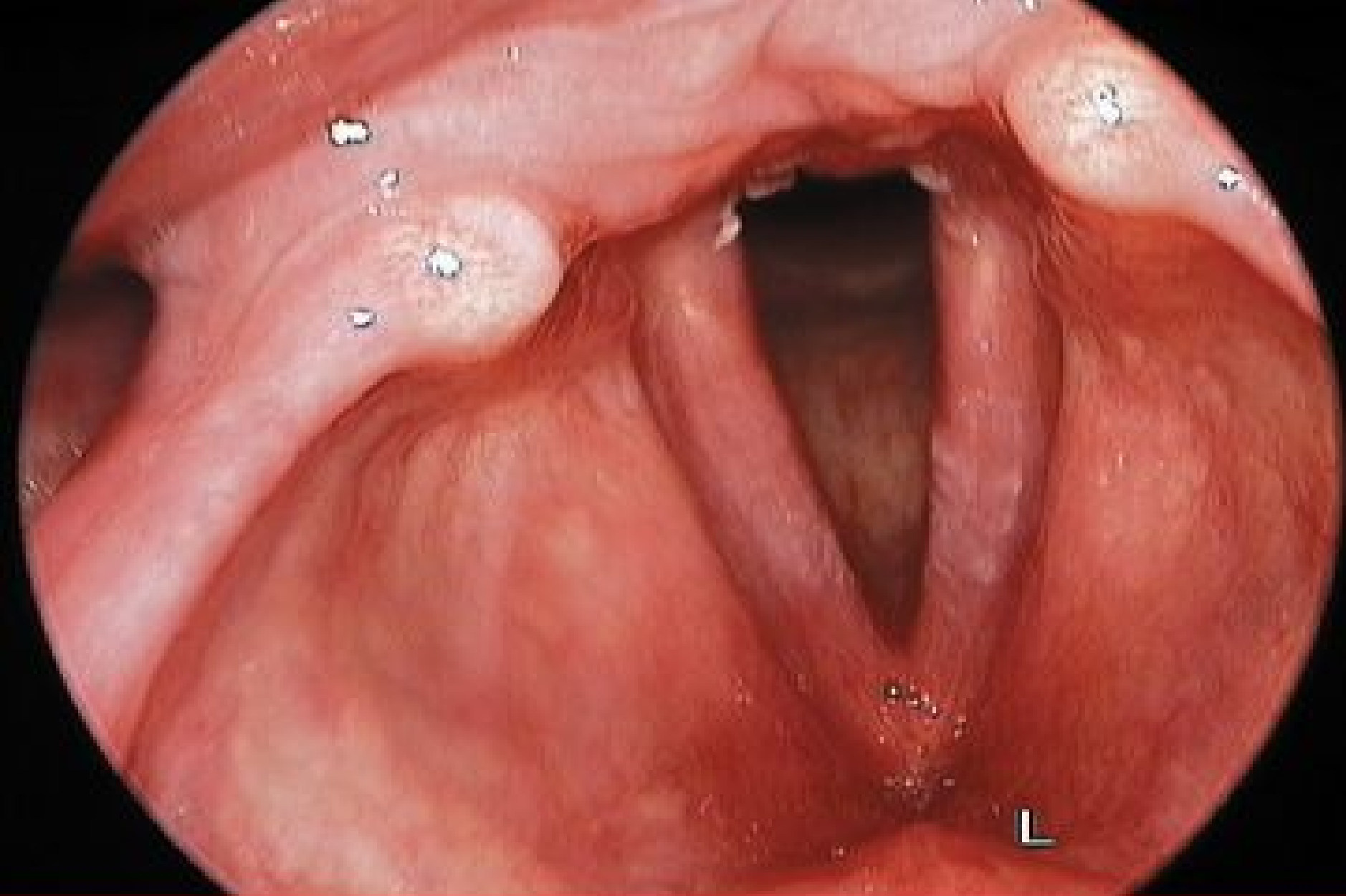


Рис. 4. Обострение хронического гиперпластического ларингита на фоне ГЭРБ. Десятые сутки лечения

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

I. Снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Выделяют три механизма его появления:

1. Время от времени возникающее **расслабление НПС** при отсутствии анатомических аномалий.
2. Внезапное **повышение внутрибрюшного и внутрижелудочного давления** выше давления в области НПС.

Причины и факторы: сопутствующие ЯБЖ (язвенная болезнь желудка), ЯБДК (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки), нарушение моторных функций желудка и двенадцатиперстной кишки, пилороспазм, пилоростеноз, метеоризм, запоры, асцит, беременность, ношение тугих поясов и корсетов, мучительный кашель, подъем тяжести.

3. Значительное **уменьшение базального тонуса НПС** и выравнивание давлений в желудке и пищеводе.

Причины и факторы: ГПОД; операции при ГПОД; резекция желудка; ваготомия; длительный прием лекарственных средств: нитратов, β -адреноблокаторов, антихолинергических препаратов, блокаторов медленных кальциевых каналов, теофиллина; склеродермия; ожирение; экзогенные интоксикации (курение, алкоголь); врожденные анатомические нарушения в области НПС.

Также, снижение дополнительной механической поддержки со стороны диафрагмы (расширение пищеводного отверстия) способствует уменьшению базального тонуса НПС.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

II. Снижение способности пищевода к самоочищению.

Удлинение пищеводного клиренса (времени необходимого для очищения пищевода от соляной кислоты) ведет к увеличению экспозиции соляной кислоты, пепсина и других агрессивных факторов, что увеличивает риск развития эзофагита.

Пищеводный клиренс определяется двумя защитными механизмами:

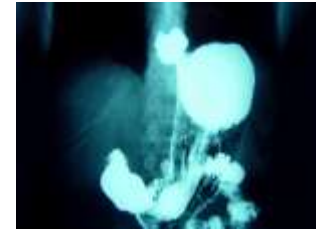
- **нормальной перистальтикой пищевода** (освобождение от попавшей агрессивной среды);
- **нормальное функционирование слюнных желез** (разбавление содержимого пищевода и нейтрализация соляной кислоты).

Повреждающие свойства рефлюктата, то есть содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки, забрасываемого в пищевод:

- **резистентность слизистой оболочки** (неспособность слизистой оболочки противостоять повреждающему действию рефлюктата);
- **нарушение опорожнения желудка;**
- **повышение внутрибрюшного давления;**
- **лекарственные повреждения пищевода.**

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЭРБ

ГПОД: выделяют два типа- аксиальную (скользящую) и параэзофагеальную. Диагноз ГПОД удастся подтвердить при рентгенологическом исследовании.



- **Курение.**
- **Неправильное питание.**
- **Избыточный вес и ожирение.**
- **Беременность.**
- **Медикаментозные препараты.**

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЭРБ

Курение

Никотин способствует транзиторной релаксации нижнего пищеводного сфинктера, что приводит к его дисфункции, а в дальнейшем к ГЭРБ.

Неправильное питание

Развитию ГЭРБ способствует прием продуктов, содержащих большие количества жира, так как такая пища вызывает транзиторную релаксацию пищеводного сфинктера, приводя к его дисфункции. Таким же действием обладают: кофе, алкоголь, шоколад. Развитию ГЭРБ также способствуют: переизбыток и потребление больших объемов газированных напитков.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЭРБ

Избыточный вес и ожирение

У пациентов с ожирением и избыточным весом патогенетическим фактором, приводящим к возникновению ГЭРБ, является повышение внутрибрюшного давления.

Следствием этого является высокое стояние диафрагмы и более высокое, чем в норме расположение желудка.

Кроме того, больным с ожирением и избыточным весом свойственно наполнять желудок большими объемами пищи. В результате, процесс опорожнения желудка замедляется, растет внутрижелудочное давление, и соответственно повышается давление на нижний пищеводный сфинктер. Эти патологические процессы приводят, в конечном счете, к дисфункции нижнего пищеводного сфинктера и развитию ГЭРБ.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЭРБ

Беременность

При беременности патогенетическим фактором, приводящим к возникновению ГЭРБ, является повышение внутрибрюшного давления, вследствие которого увеличивается давление на нижний пищеводный сфинктер, приводя к его дисфункции и развитию ГЭРБ.

Медикаментозные препараты

Прием нитратов, бета-адреноблокаторов, гормонов (прогестерона), блокаторов кальциевых каналов, антихолинергических средств, трициклических антидепрессантов, приводит к транзиторной релаксации пищеводного сфинктера, способствуя его дисфункции.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Больного ГЭРБ беспокоят боли в эпигастральной области, изжога, отрыжка, срыгивание, одиофагия, боль за грудиной и бронхолёгочные осложнения. Изжога встречается у 83% больных. Усиление изжоги характерно при обильном приёме пищи, наклонах туловища, погрешностях в диете, приёме газированных напитков. Интенсивность клинических проявлений зависит от концентрации соляной кислоты в рефлюктате и длительности экспозиции со слизистой оболочкой пищевода. У 10% больных ГЭРБ проявляется только болью за грудиной, напоминающей стенокардию.

ИЗЖОГА

Изжога – чувство жжения за грудиной и/или «под ложечкой», распространяющееся снизу вверх, индивидуально возникающее в положении сидя, стоя, лежа или при наклонах туловища вперед, иногда сопровождающееся ощущением кислоты и/или горечи в глотке и во рту, нередко связанное с чувством переполнения в эпигастрии, возникающее натощак или после употребления какого-либо вида твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных или неалкогольных напитков или табакокурения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЭРБ

Кровотечение - **это осложнение возникает редко**

Стриктуры пищевода

Язвы пищевода

Пищевод Баррета

Аденокарцинома пищевода

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЭРБ

Стриктуры пищевода

Встречаются у 1-20% больных ГЭРБ. Чаще всего причиной возникновения стриктуры пищевода является эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит, прием НПВП, реже – последствия ожогов и других повреждений пищевода, включая лучевую терапию по поводу рака молочной железы, бронхов или пищевода (стенозы, возникающие после рентгенотерапии опухолей пищевода, обычно всегда связаны с рецидивом опухоли).

Основным симптомом стриктуры пищевода является дисфагия, которая нередко сочетается с изжогой, кислой и горькой отрыжкой. **Быстро прогрессирующая дисфагия (менее 3 мес.) с потерей массы тела характерна для рака пищевода.**

На основании эндоскопической картины **выделяют 4 степени выраженности сужения пищевода.** При определении степени учитывают протяженность рубцового стеноза пищевода, так как от этого зависит успешность неоперативного расширения стриктуры и адекватного восстановления перорального питания и клинические проявления дисфагии:

- **0 степень** - нормальное глотание.
- **1 степень** - периодические затруднения при прохождении твердой пищи.
- **2 степень** - питание полужидкой пищей.
- **3 степень** - питание только жидкой пищей.
- **4 степень** - невозможность проглотить слюну

СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА



ОСЛОЖНЕНИЯ ГЭРБ

Язвы пищевода: обычно возникают на фоне выраженного рефлюкс-эзофагита или пищевода Баррета. Для подтверждения диагноза и исключения малигнизации показаны ФЭГДС с прицельной биопсией, гистологическое и цитологическое исследования биоптата. Обычно у пациентов с язвой пищевода имеются симптомы **болевого, дисфагического, диспептического и псевдостенокардитического синдромов.**

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЭРБ

Пищевод Баррета

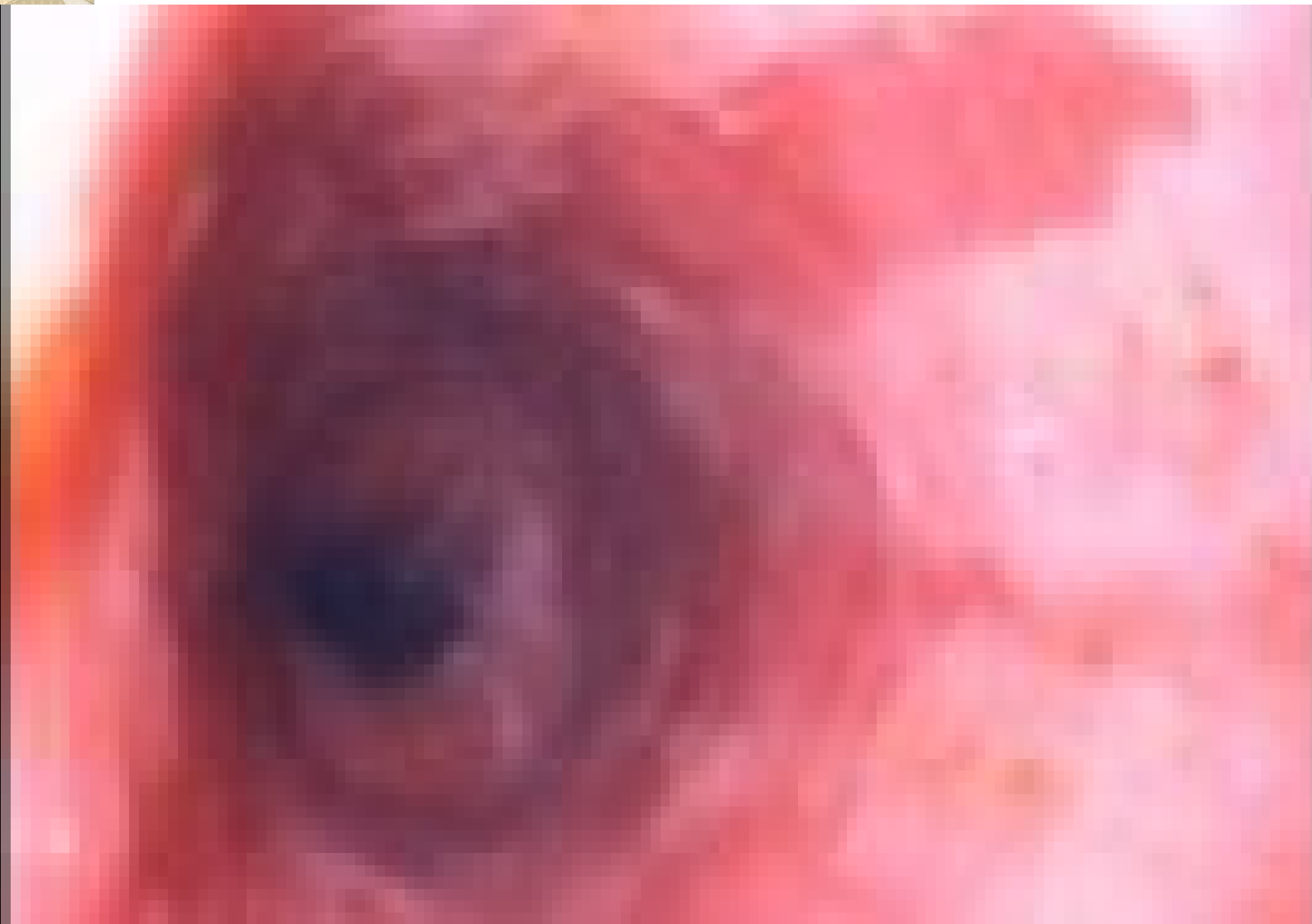
Пищевод Баррета - это хроническое заболевание пищевода, характеризующееся дисплазией (в 10% случаев) и тонкокишечной метаплазией пищевода эпителия (проксимальнее кардии) более чем на 2,5 см.

Пищевод Баррета является предраковым заболеванием. Диагностируется у 8-15% пациентов с ГЭРБ. У 2-5% пациентов с пищеводом Баррета развивается аденокарцинома пищевода.

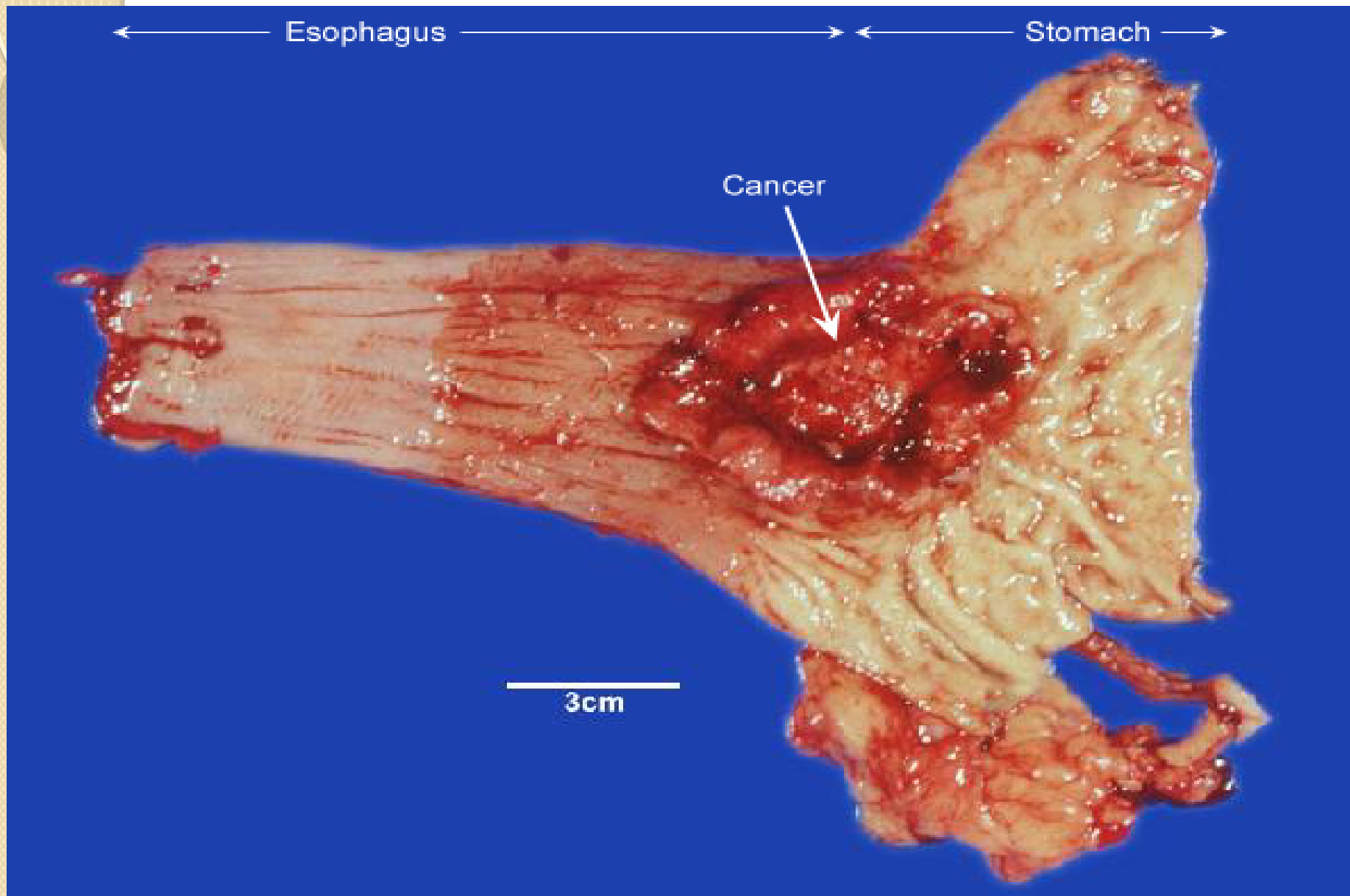
У больных с пищеводом Баррета имеются более выраженные нарушения перистальтики пищевода и более выраженная степень дисфункции нижнего пищевода сфинктера, чем у пациентов без этого заболевания.

Аденокарцинома пищевода - злокачественная опухоль пищевода, возникающая из эпителия слизистой оболочки пищевода.

ПИЩЕВОД БАРРЕТА



АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА



ДИАГНОСТИКА

Цели диагностики:

Определение типа ГЭРБ (с рефлюкс-эзофагитом, без рефлюкс-эзофагита).

Определение степени тяжести рефлюкс-эзофагита.

Выявление осложнений ГЭРБ.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЭРБ

- клинический;
- эндоскопический;
- внутрипищеводная рН-метрия;
- манометрия пищевода;
- рентгенологический;
- желудочно-пищеводная сцинтиграфия;
- совместная импеданс-рН-метрия;
- УЗИ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Наличие типичной клинической симптоматики дает возможность предполагать наличие ГЭРБ.

Изжога считается характерным проявлением ГЭРБ. Вероятность наличия ГЭРБ высока при возникновении изжоги **более двух в неделю**. У 7-10% больных она возникает ежедневно. Однако и при более редкой изжоге наличие ГЭРБ не исключено. Даже при отсутствии эндоскопических признаков эзофагита наличие изжоги с высокой вероятностью позволяет предположить эндоскопически-негативную ГЭРБ.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ФЭГДС необходима для диагностики ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом. При ФЭГДС производится определение степени тяжести рефлюкс-эзофагита.

Манометрия проводится с целью измерения давления НПС. Давление менее 10 мм рт.ст. указывает на повышенную подверженность пищевода действию агрессивных компонентов желудочного сока. Метод имеет значение для решения вопроса об оперативном лечении ГЭРБ. С помощью этого исследования можно диагностировать ГЭРБ без эзофагита. Низкие значения давления нижнего пищеводного сфинктера могут наблюдаться и у здоровых людей. Чувствительность метода – 58%, специфичность – 84%.

Рентгенологические исследования обязательно проводится пациентам с дисфагией. Эти исследования позволяют выявлять **стриктуры** пищевода и ГОПД.

Внутрипищеводная рН-метрия

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

24-часовая рН-метрия

У 14-29% больных с эндоскопически подтвержденным эзофагитом и у 6-15% пациентов с «положительным» индексом симптомов показатели рН-метрии могут быть в норме.

Цели проведения 24-часовой рН-метрии:

Определение общего времени, в течение которого уровень рН опускается ниже 4.

Определение общего времени в течение которого уровень рН опускается ниже 4 при вертикальном и горизонтальном положении тела.

Определение числа рефлюксов в сутки.

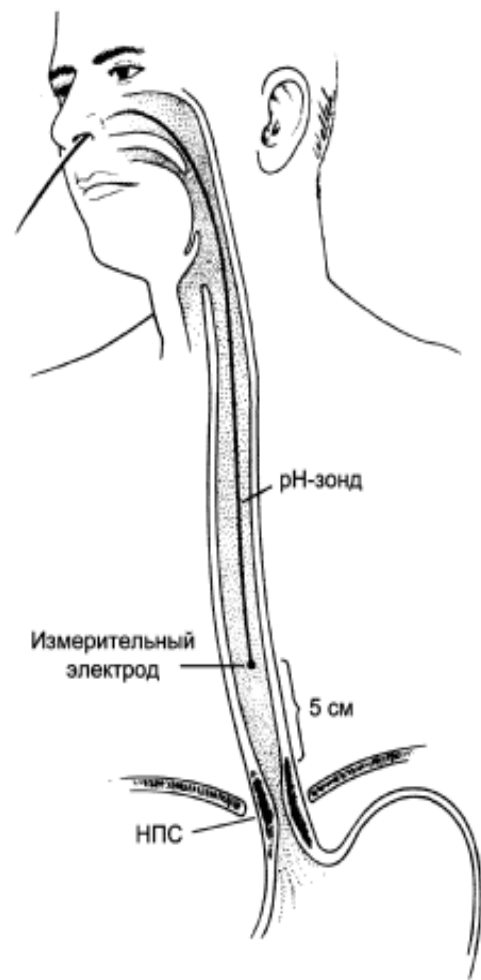
Определения числа рефлюксов продолжительностью более 5 мин.

Определение длительности наиболее продолжительного рефлюкса.

Определение «индекса симптома»: отношение числа симптомов, возникающих при рН менее 4, к общему числу симптомов, выраженное в процентах. Этот показатель позволяет установить корреляцию симптома с рефлюксом, а также подтвердить наличие ГЭРБ при нормальных значениях рН.

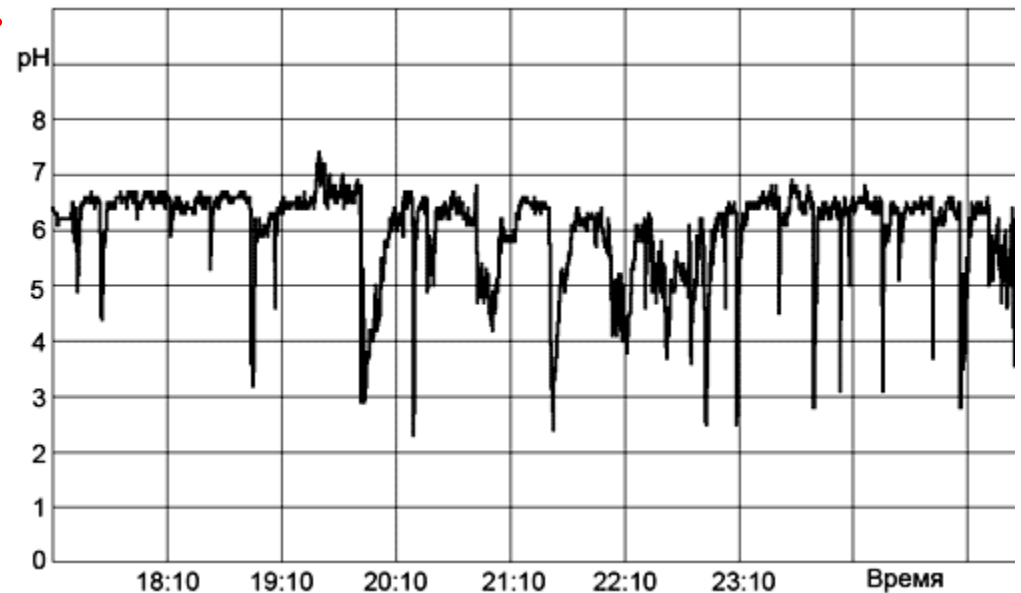
Расположение рН-зонда при суточной рН-метрии пищевода

Исследование выполняется с помощью рН-зонда, вводимого трансназально в пищевод больного. Датчик рН устанавливается на 5 см выше верхней границы НПС и измеряет величину рН в пищеводе в течение 24 часов. рН-зонд подключен к регистрирующему блоку, закрепляемому на поясе больного. Пациент при исследовании ведет нормальный образ жизни и отмечает на клавиатуре регистрирующего блока события и симптомы, потенциально связанные с ГЭРБ: прием пищи, сон, положение стоя или лежа, приём лекарств, появление изжоги, болей в груди и т.п. По истечении 24 часов информация из регистрирующего блока передается на компьютер для автоматической обработки и подготовки заключения.



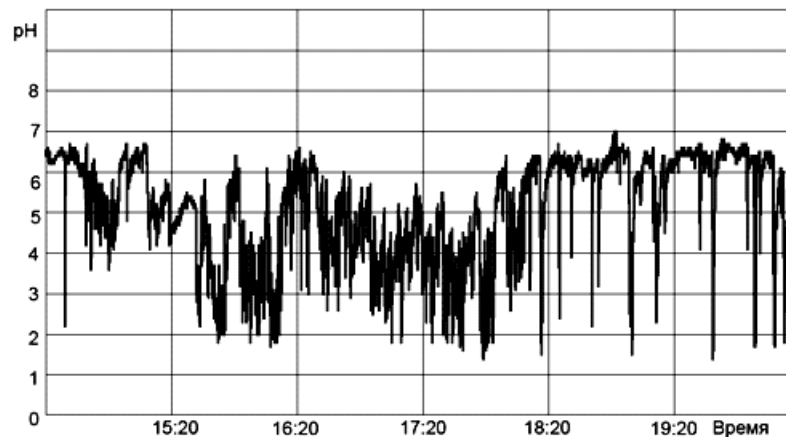
Суточная рН-метрия пищевода

В норме слизь пищевода имеет $\text{pH}=6-7$. При забросе кислого содержимого из желудка в пищевод pH в пищеводе на некоторое время уменьшается до 4 и менее. **Уровень $\text{pH}=4$ считается граничным**, т.е. эпизоды, при которых pH в пищеводе опускается ниже 4, считают кислыми гастроэзофагеальными рефлюксами. **Рефлюксы могут быть нормальными физиологическими и патологическими. Различие между ними в количестве и длительности.**



рН-грамма пищевода с физиологическими рефлюксами

Суточная рН-метрия пищевода



рН-грамма пищевода больного ГЭРБ

Показатели	Норма
Общий процент времени с рН<4, %	0-4,5
Процент времени с рН<4 в вертикальном положении, %	0-8,4
Процент времени с рН<4 в горизонтальном положении, %	0-3,5
Общее число рефлюксов с рН<4	0-47
Число рефлюксов продолжительностью более 5 мин	0-3
Длительность наиболее продолжительного рефлюкса, мин	0-20
Составной показатель DeMeester	0-14,7

Основные показатели 24 часовой рН-метрии

СЦИНТИГРАФИЯ ПИЩЕВОДА

Следует помнить о **сцинтиграфии пищевода**, которая применяется для оценки **эзофагеального клиренса** с радиоактивным изотопом технеция. **Задержка принятого изотопа в пищеводе более чем на 10 мин. указывает на замедление эзофагеального клиренса, что является одним из важных механизмов повреждения.** Достоинствами данного метода являются **неинвазивность** и **возможность выявления рефлюкса до развития эзофагита.**

ТЕСТ БЕРНШТЕЙНА

В ходе этого исследования производится перфузия 0,1N раствора соляной кислоты в пищевод с целью определения чувствительности слизистой оболочки пищевода к кислоте. Положительным результатом теста считается появление характерной для ГЭРБ симптоматики. Тест может быть положительным при отсутствии изменений при эндоскопии или рН-метрии. Чувствительность теста – 42-100%, специфичность – 50-100%.

В настоящее время этот тест применяется редко, однако он может быть полезен при отсутствии изменений при эндоскопии или рН-метрии.

ЩЕЛОЧНОЙ ТЕСТ

Если в ответ на прием антацидов происходит быстрое купирование симптоматики (исчезновение изжоги и/или загрудинных болей), то это косвенно свидетельствует о наличии ГЭРБ.

ТЕСТ С ИПП И ХРОМОЭНДОСКОПИЯ

Быстрое купирование симптоматики в ответ на прием ИПП.

Метод выявления предрасположенности к развитию пищевода Баррета – флуоресцентная цитометрия и хромоэндоскопия.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ

При болевом синдроме в грудной клетке дифференциальный диагноз проводится со стенокардией. С этой целью выполняется ЭКГ, ЭхоКГ.

- **При дисфагии** дифференциальный диагноз проводится с доброкачественными и злокачественными опухолями пищевода и непептическими стриктурами пищевода (химическими, лекарственными, при болезни Крона, при инфекционных эзофагитах).
- **При ЖКК** необходимо исключать синдром Мэллори-Вейса, кровотечение из расширенных вен пищевода, кровотечения, осложняющие течение язвенной болезни. Наличие кровотечения подтверждается исследованием клинического анализа крови (содержание эритроцитов, гемоглобина, гематокрит), кал на скрытую кровь, определением уровня Fe сыворотки крови.
- **При бронхоспазмах** дифференциальный диагноз проводится между ГЭРБ и бронхиальной астмой, хроническим бронхитом. Таким пациентам проводится исследование функции внешнего дыхания, рентгенография и КТ грудной клетки. В некоторых случаях имеет место сочетание ГЭРБ и бронхиальной астмы. Это обусловлено, с одной стороны, эзофагобронхиальным рефлексом, вызывающим бронхоспазм, с другой стороны, применение бета-агонистов, эуфиллина снижает давление НПС, способствуя рефлюксу. Сочетание этих заболеваний вызывает их более тяжелое течение.

ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ

Цели лечения ГЭРБ:

Быстрое купирование симптомов заболевания.

Лечение эзофагита.

Предотвращение развития осложнений и рецидивов заболевания.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ

Немедикаментозные методы лечения

Медикаментозные методы лечения

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- **Снижение массы тела** при избыточной массе тела.
- **Отказ от курения.**
- **Необходимо приподнять головной конец кровати на 15 см.**
- **Не переедать** (регулярный прием пищи малыми порциями).
- **Не принимать пищу менее чем за 3 ч. до сна.**
- **Отказ от пищи, которая расслабляет НПС** или обладает раздражающим действием на слизистую пищевода (жирные продукты, шоколад, мята, специи, лук, кофе, цитрусовые, томаты, алкоголь). Увеличить потребление животного белка.
- **Избегать горячего питья или алкоголя перед сном.**
- **Отказ от ношения тугих одежды.**
- **Не использовать препараты**, оказывающие отрицательное воздействие на моторику пищевода (нитраты, бета-адреноблокаторы, прогестерон, антихолинергические средства, антидепрессанты, антагонисты кальция), а также препараты, повреждающие слизистую оболочку пищевода (НПВП, препараты калия).
- **Избегать работы, связанной с наклонами, подъемом тяжестей.**

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Выбор терапии определяется тяжестью рефлюкс-эзофагита. Для лечения ГЭРБ применяют лекарственные препараты различных классов: **антациды, алгинаты, прокинетики, H₂-блокаторы гистамина, ингибиторы протонной помпы.**

ГЭРБ И H.PYLORI

Положение 5: *H. pylori* не влияет на тяжесть, частоту симптомов и эффективность терапии при ГЭРБ. Эрадикация *H. pylori* не приводит к обострению ГЭРБ и не влияет на эффективность лечения. **(1a, A).**

Положение 6: Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют об отрицательной связи между распространенностью *H. pylori*, тяжестью течения ГЭРБ и встречаемостью аденокарциномы пищевода. **(2a, B).**

Statement 5: On average, *H.pylori* status has no effect on symptom severity, symptom recurrence and treatment efficacy in GORD. *H.pylori* eradication does not exacerbate pre-existing GORD or affect treatment efficacy. **(1a, A).**

Statement 6: Epidemiological studies show a negative association between the prevalence of *H.pylori* and the severity of GORD and incidence of esophageal adenocarcinoma. **(2a, B).**

(Malfertheiner P. et al., Gut. 2012, May; 61(5) 646-664).

ГЭРБ И H.PYLORI

Мета-анализ, включавший **16 РКИ**, в котором изучалось развитие ГЭРБ после успешной эрадикации *H. pylori*. Было показано, что **после проведенной терапии риск развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни значительно возрастает** (RR 1.89, 95% CI 1.50-2.40), особенно в азиатской популяции.

Таким образом, эрадикация *H. pylori* сопряжена с повышением риска развития ГЭРБ, особенно в азиатской популяции.

Xie, Tingting; Cui, Xiaobing; Zheng, Haoxuan; Chen, Dong; He, Ling; Jiang, Bo. Meta-analysis: eradication of *Helicobacter pylori* infection is associated with the development of endoscopic gastroesophageal reflux disease. *European Journal of Gastroent.*

В таких ситуациях оптимальной тактикой лечения является назначение кислотосупрессантов и прокинетиков. Эрадикацию следует проводить после купирования симптомов ГЭРБ.

Назначить: **ИПП в стандартных дозах и прокинетики по 1 таблетке (50 мг) 3 раза в день, курс лечения 2–3 недели.**

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЭРБ

Продолжительность курса лечения при эндоскопически негативной ГЭБР - 4 недели. Возможно дольше. При эндоскопически негативной ГЭБР основными препаратами являются:

омепразол 10-20 мг/сутки

лансопразол 15-30 мг/сутки

пантопразол 20-40 мг/сутки

рабепразол 10-20 мг/сутки

эзомепразол 20 мг/сутки

фамотидин 40 мг/сутки

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЭРОЗИВНОГО ЭЗОФАГИТА

После заживления эрозивного эзофагита и купирования симптоматики рекомендовано поддерживающее лечение продолжительностью 26-52 недели:

омепразол 10-20 мг/сутки

лансопразол 15-30 мг/сутки

пантопразол 20-40 мг/сутки

рабепразол 10-20 мг/сутки

эзомепразол 20 мг/сутки

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Показания к хирургическим методам лечения:

- При осложнениях ГЭРБ.
- При неэффективности консервативного лечения.
- При лечении больных моложе 60 лет, при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 3-4 степени.
- При рефлюкс-эзофагите IV степени.

Эффективность антирефлюксной хирургии и поддерживающей терапии ингибиторами протонной помпы одинакова. Однако хирургическое лечение обладает недостатками. Его результаты зависят от опыта хирурга, имеется риск летального исхода. В некоторых случаях после операции остается необходимость в лекарственной терапии.

ПРОГНОЗ

В большинстве случаев у пациентов с ГЭРБ оказываются эффективными немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.

Однако часто после прекращения приема лекарственных препаратов наблюдаются рецидивы, требуется длительная поддерживающая терапии. Поэтому перед началом терапии необходимо оценить риск развития осложнений у пациента. Больным, у которых высока вероятность развития осложнений, необходимо проводить хирургическое лечение вместо назначения лекарственных препаратов.



« Есть две вещи: наука и мнение; первое ведет к знанию, а второе к невежеству». — Гиппократ

«Гораздо более важно знать у какого человека болезнь, чем какая болезнь у человека». — Гиппократ

«Что касается заболеваний, сделай привычкой две вещи — помогай, или как минимум не навреди» — Гиппократ

