

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
2-Я КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

И. А. Шоломицкая

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2009

УДК 616.34-002-009.81(075.8)

ББК 54.133 я 73
Ш 78

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 18.02.2009 г., протокол № 6

Рецензенты: зав. 1-й каф. внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета д-р мед. наук, проф. А. Э. Макаревич; гл. внешт. гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Республики Беларусь д-р мед. наук, проф. каф. общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последипломного образования Н. Н. Силивончик

Шоломицкая, И. А.

Ш 78 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь : метод. рекомендации / И. А. Шоломицкая. – Минск: БГМУ, 2009. – 30 с.

ISBN 978-985-462-973-5.

Приведены данные об этиологии, патогенезе, классификации, вариабельности клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Изложены методы диагностики с подробным описанием суточной внутрипищеводной рН-метрии. Рассмотрены вопросы лечения с использованием современных лекарственных средств.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного факультета, врачей-интернов и клинических ординаторов.

УДК 616.34-002-009.81(075.8)
ББК 54.133 я 73

ISBN 978-985-462-973-5

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

Список сокращений

БА — бронхиальная астма
ГЭР — гастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
НПС — нижний пищеводный сфинктер
НЭРБ — неэрозивная рефлюксная болезнь
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких
ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия

Мотивационная характеристика темы

Изменение характера питания, нарастание темпа жизни, усложнение социально-экономической структуры современного общества, проявляющееся стремительной урбанизацией, усиление негативного воздействия окружающей среды оказывают огромное влияние на состояние здоровья населения. В связи с этим все более заметен рост числа гастроэнтерологических заболеваний, среди которых особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Актуальность проблемы заключается в высокой распространенности болезни, наличии как типичных, так и атипичных клинических проявлений, затрудняющих диагностику. Помимо этого, развитие ГЭРБ может сопровождаться тяжелыми осложнениями: стриктурой пищевода, кровотечением из язв пищевода и др.

По данным многочисленных исследований, распространенность ГЭРБ среди взрослого населения достигает 40 %. В последние годы отмечается количественный рост данной патологии. На сегодняшний день ГЭРБ занимает одно из первых мест в структуре гастроэнтерологической заболеваемости. По литературным данным, за последние 25 лет отмечается 3–4-кратное увеличение смертности от осложнений данного заболевания.

Особую значимость ГЭРБ приобрела в последние годы, когда на фоне роста заболеваемости раком пищевода, обратил на себя пристальное внимание **пищевод Баррета** как предраковое состояние, развивающееся у больных ГЭРБ. Диагностика пищевода Баррета должна быть ранней и своевременной. Данный факт обосновывает проведение эндоскопического исследования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у всех больных, страдающих хронической изжогой.

Основным механизмом развития ГЭРБ является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), который может быть физиологическим и патологическим. Физиологический рефлюкс регистрируют у здоровых людей, преимущественно в дневное время после или между приемами пищи и значи-

тельно реже в ночное время (в горизонтальном положении). Физиологический рефлюкс продолжается, как правило, не более 5 мин, частота рефлюксных эпизодов составляет не более 50 за суточный период исследования. При данном рефлюксе морфологические изменения пищевода в большинстве случаев не формируются.

Патологический ГЭР, при котором контакт желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода более продолжительный, формирует морфологические изменения в слизистой оболочке: эрозии, язвы, пищевод Баррета.

Исследование желудочно-пищеводных рефлюксов в настоящее время возможно электрометрическим методом. Внедрение в клиническую практику метода длительного (24-часового) исследования внутрипищеводного рН позволило дифференцировать патологические и физиологические рефлюксы, что особенно важно в диагностике ГЭРБ.

Цель занятия: освоить основные принципы формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, классификации, вариабельности клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики.

Задачи занятия:

1. Ознакомиться:
 - с этиологическими факторами ГЭРБ;
 - механизмами развития ГЭРБ;
 - современной классификацией ГЭРБ;
 - классическими клиническими проявлениями заболевания.
2. Овладеть основными принципами клинической и инструментальной диагностики ГЭРБ.
3. Изучить базисные принципы дифференциального подхода к лечению.

Требования к исходному уровню знаний:

Для усвоения темы занятия необходимо повторить:

- анатомию и физиологию гастродуоденальной зоны;
- методы, позволяющие исследовать функциональное и анатомическое состояние верхнего отдела ЖКТ.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Строение пищевода.
2. Регуляция тонуса нижнего пищеводного сфинктера.
3. Механизм желудочного кислотообразования.
4. Значение физикального и инструментального исследований верхнего отдела ЖКТ.
5. Основные группы лекарственных препаратов, используемые при лечении кислотозависимых заболеваний.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение ГЭРБ.

2. Основные причины и механизмы развития ГЭРБ.
3. Принципы формирования диагноза ГЭРБ.
4. Пищеводные и внепищеводные проявления ГЭРБ.
5. Возможности клинической и инструментальной диагностики ГЭРБ.
6. Принципы лечения и профилактики ГЭРБ.

Определение и механизм развития гастроэзофагальной рефлюксной болезни

В настоящее время под термином *«гастроэзофагальная рефлюксная болезнь»* следует подразумевать развитие характерных симптомов и/или воспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.

Необходимо различать и адекватно применять понятия «эндоскопически позитивная гастроэзофагальная рефлюксная болезнь» и «эндоскопически негативная гастроэзофагальная рефлюксная болезнь». В первом случае имеет место рефлюкс-эзофагит, а во втором эндоскопические проявления эзофагита отсутствуют. При эндоскопически негативной ГЭРБ диагноз устанавливается на основании типичной клинической картины с учетом данных, полученных при других методах исследования (рН-метрическом, манометрическом, рентгенологическом). Основным способом диагностики эндоскопически негативной ГЭРБ является метод суточного мониторирования рН внутрипищеводной среды.

ГЭРБ — это составная часть «кислотозависимых» заболеваний, так как соляная кислота желудка выступает основным патогенетическим фактором развития клинических симптомов и морфологических проявлений.

Каждый эпизод рефлюкса служит отражением недостаточности нижнего пищеводного сфинктера. ГЭРБ развивается вследствие:

1. Снижения функции антирефлюксного барьера, которое может происходить тремя путями:

- первичным снижением давления в нижнем пищеводном сфинктере;
- увеличением числа эпизодов его спонтанного расслабления;
- полной или частичной его деструкцией, например, при грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

2. Снижения клиренса пищевода:

- химического — вследствие уменьшения нейтрализующего действия слюны и бикарбонатов пищеводной слизи;

– объемного — из-за угнетения вторичной перистальтики и снижения тонуса стенки грудного отдела пищевода.

3. Повреждающих свойств рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты).

4. Неспособности слизистой оболочки пищевода противостоять повреждающему действию забрасываемого содержимого.

5. Нарушения опорожнения желудка.

6. Повышения внутрибрюшного давления.

7. Других причин: системного склероза, беременности, курения, применения препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитраты, блокаторы кальциевых каналов, β -адренергические средства, эуфиллин и др.), хирургических вмешательств.

В норме для предупреждения повреждений слизистой оболочки пищевода включаются следующие защитные механизмы:

1) антирефлюксная барьерная функция гастроэзофагеального соединения и нижнего пищеводного сфинктера;

2) эзофагеальное очищение (клиренс);

3) резистентность слизистой оболочки пищевода;

4) своевременное удаление желудочного содержимого;

5) контроль кислотообразующей функции желудка.

Действие антирефлюксного механизма обеспечивается следующими факторами:

1. Протяженностью абдоминальной части пищевода.

2. Углом Гиса (острый угол впадения пищевода в желудок; в норме его размеры колеблются от 20 до 90° в зависимости от конституции человека).

3. Ножками диафрагмы.

4. Складкой Губарева, образованной слизистой розеткой кардии.

Факторы, способствующие развитию ГЭРБ:

А. Причины, приводящие к учащению эпизодов спонтанной релаксации нижнего пищеводного сфинктера:

1. Нарушение перистальтики пищевода (дискинезии пищевода), приводящее к сглаживанию пищеводно-желудочного угла, снижению давления на нижнюю часть пищевода в грудной клетке. Нередко этому способствует невротическое состояние больного или такие заболевания, как системный склероз, диафрагмальная грыжа.

2. Торопливая, быстрая и обильная еда, во время которой проглатывается большое количество воздуха, что приводит к повышению внутрижелудочного давления, расслаблению нижнего пищеводного сфинктера и забросу содержимого желудка в пищевод.

3. Метеоризм.

4. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

5. Дуоденостаз любой этиологии.

6. Избыточное употребление в пищу жирного мяса, тугоплавких жиров (сала), мучных изделий (макароны, вермишель, сдобное печенье, хлеб), острых приправ, жареных блюд. Данные виды пищи способствуют длительной задержке пищевых масс в желудке и повышению внутрибрюшного давления.

На развитие гипотонии нижнего пищеводного сфинктера влияют следующие факторы:

1. Употребление продуктов, содержащих кофеин (кофе, чай, кола), а также лекарственных препаратов, в состав которых входит кофеин (цитрамон, кофетамин и др.).

2. Прием мяты перечной.

3. Прием медикаментозных средств, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (антагонисты кальция, папаверин, дротаверин, баралгин, холинолитики, доксициклин и др.).

4. Поражение блуждающего нерва (вагусная нейропатия при сахарном диабете, ваготомия).

5. Курение.

6. Употребление алкоголя (при этом не только снижается тонус нижнего пищеводного сфинктера, но и повреждаются сам сфинктер и слизистая оболочка пищевода).

7. Беременность (в этом случае гипотензия обусловлена влиянием гормональных факторов: высокой эстрогемией и прогестеронемией, а также повышением внутрибрюшного давления).

Б. Факторы резистентности слизистой оболочки пищевода. Резистентность слизистой оболочки пищевода обеспечивается защитной системой, состоящей из трех основных частей:

1. Предэпителиальной защиты (слюнные железы, железы подслизистой оболочки пищевода), включая муцин, немугиновые протеины, бикарбонаты, простагландины E_2 , эпидермальный фактор роста.

2. Эпителиальной защиты — нормальной регенерации слизистой оболочки пищевода, которую можно подразделить на структурную (клеточные мембраны, межклеточные соединительные комплексы) и функциональную (эпителиальный транспорт Na^+/H^+ , Na^+ -зависимый транспорт Cl^-/HCO_3^- , внутриклеточные и внеклеточные буферные системы, клеточная пролиферация и дифференцировка).

3. Постэпителиальной защиты (нормальный кровоток и тканевой кислотно-щелочной баланс).

Классификация

Болезни пищевода представлены в Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра.

Классификация болезней пищевода в МКБ-10:

К 20 Эзофагит.

Исключены эрозия пищевода (К 22.1), рефлюкс-эзофагит (К 21.0), эзофагит с гастроэзофагеальным рефлюксом (К 21.0).

К 21 Гастроэзофагеальный рефлюкс.

К 21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом.

К 21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита.

К 22 Другие болезни пищевода.

Исключено варикозное расширение вен пищевода.

К 22.0 Ахалазия кардиальной части.

Исключен врожденный кардиоспазм.

К 22.1 Язва пищевода.

К 22.2 Непроходимость пищевода.

Исключен врожденный стеноз или стриктура пищевода.

К 22.3 Прободение пищевода.

Исключено травматическое прободение (торакальной части) пищевода.

К 22.4 Дискинезия пищевода.

Исключен кардиоспазм (К 22.0).

К 22.5 Дивертикул пищевода приобретенный.

Исключен врожденный дивертикул пищевода.

В большей степени МКБ-10 — это статистическая классификация заболеваний. В клинической практике длительное время общепринятой являлась **эндоскопическая классификация рефлюкс-эзофагитов по степени тяжести (M. Savary–J. Miller, 1978)**. Согласно этой классификации выделяют следующие степени тяжести эзофагита:

– **I** — отдельные несливающиеся эрозии и/или эритема дистального отдела пищевода;

– **II** — сливающиеся, но не захватывающие большую часть слизистой оболочки эрозии;

– **III** — эрозивные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки;

– **VI** — хроническая язва пищевода, стеноз пищевода, цилиндрическая (желудочная или кишечная) метаплазия слизистой оболочки пищевода (пищевод Баррета).

В классификации по Savary–Miller (1978) нечетко отражена стадия катарального рефлюкс-эзофагита, которая как начальная стадия заболевания признается многими учеными-эндоскопистами и клиницистами. Следует

также отметить, что существует, как минимум, 5 различных вариантов классификации Savary–Miller, что довольно часто вызывает трудности при интерпретации результатов различных исследований, в которых она использовалась. В этой связи классификация претерпела некоторые изменения.

Эндоскопические критерии тяжести рефлюкс-эзофагита (по Savari–Miller в модификации G. N. J. Tytgat et al., 1990):

– **0 степень** — признаки повреждения слизистой оболочки пищевода отсутствуют, четко определяются желудочно-пищеводное соединение, гладкая и блестящая слизистая в дистальном отделе;

– **I степень** — слабо выраженная очаговая или диффузная эритема и рыхлость слизистой пищевода на уровне желудочно-пищеводного соединения, легкая его сглаженность. Исчезновение блеска слизистой оболочки дистальных отделов. Нарушения целостности слизистой оболочки не наблюдаются;

– **II степень** — наличие одной или более поверхностных эрозий (с экссудатом или без него), чаще линейной формы, располагающихся на верхушках складок. Они занимают менее 10 % поверхности слизистой дистального сегмента пищевода (пятисантиметровая круговая зона слизистой пищевода выше желудочно-пищеводного соединения);

– **III степень** — сливающиеся эрозии, покрытые экссудатом или отторгающимися некротическими массами, которые не распространяются циркулярно. Объем поражения слизистой оболочки дистального отдела пищевода — менее 50 %;

– **IV степень** — циркулярно расположенные сливающиеся эрозии или экссудативно-некротические повреждения, занимающие всю пятисантиметровую зону пищевода выше желудочно-пищеводного соединения с распространением на дистальный отдел пищевода;

– **V степень** — глубокие изъязвления и эрозии различных отделов пищевода. Стриктуры и фиброз его стенок, короткий пищевод.

В соответствии с последними рекомендациями, в настоящее время предложено использование Лос-Анджелесской (1998) классификации эзофагитов, основанной на эндоскопических критериях, характеризующих изменения слизистой оболочки пищевода. Классификация предусматривает лишь количественное определение протяженности эзофагита независимо от наличия других изменений в слизистой оболочке. Данная классификация использовалась при наиболее важных многоцентровых контролируемых исследованиях по диагностике и лечению ГЭРБ.

Международная классификация эндоскопической оценки рефлюкс-эзофагита (Лос-Анджелес, 1998):

1. **Степень А** — один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода длиной не более 5 мм, ограниченных одной складкой слизистой оболочки.

2. **Степень В** — один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, ни один из которых не распространяется более чем на две складки слизистой оболочки.

3. **Степень С** — дефекты слизистой оболочки пищевода, распространяющиеся на две складки слизистой оболочки или более, которые в совокупности занимают менее 75 % окружности пищевода.

4. **Степень D** — дефекты слизистой оболочки пищевода, распространяющиеся более чем на 75 % окружности.

В данной классификации описываются только видимые воспалительные изменения, наблюдаемые при эндоскопическом исследовании. Здесь не учитываются осложнения эзофагитов, такие как язвы пищевода, стриктуры, видимая метаплазия эпителия (пищевод Баррета).

В 2002 г. на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе впервые была предложена клиническая классификация ГЭРБ, согласно которой принято различать неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ), эрозивную ГЭРБ и пищевод Баррета. Согласно этой классификации к НЭРБ следует отнести эндоскопически негативный вариант при наличии клинических данных, катаральный рефлюкс-эзофагит, отсутствие отчетливых повреждений слизистой оболочки пищевода (эрозий, язв, пищевода Баррета), наличие «малых изменений» (эритема, отек, повышенная ранимость).

Клиническая картина

Симптомы, возникающие при ГЭРБ, можно разделить на две группы: эзофагеальные и внеэзофагеальные.

К **эзофагеальным симптомам** относятся изжога, отрыжка, срыгивание, дисфагия, одинофагия, боль в эпигастрии и пищеводе, икота, рвота, ощущение кома за грудиной.

Изжога — это чувство жжения за грудиной, распространяющееся вверх от мечевидного отростка. Она является наиболее характерным симптомом ГЭРБ, встречается у 83 % больных и появляется вследствие длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4,0$ ед.) желудочного содержимого со слизистой пищевода. Изжога усиливается при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении. Прогностически неблагоприятным является постепенное исчезновение изжоги и возникновение дисфагии, свидетельствующие о развитии пептической стриктуры или рака пищевода.

Отрыжка и срыгивание — это произвольные резкие выбрасывания в рот из полости пищевода или желудка воздуха или смеси из воздуха с желудочным содержимым. Это один из ведущих симптомов ГЭРБ,

встречается достаточно часто и обнаруживается у 52 % больных. Отрыжка, как правило, усиливается после еды, приема газированных напитков. Отрыжка может быть кислой (при забросе кислоты) и горькой (рефургияция дуоденального содержимого). Срыгивание — это отрыжка пищей или воздухом. Данный симптом наблюдается у некоторых больных ГЭРБ, усиливается при физическом напряжении и при положении, способствующем рефургияции.

Дисфагия — это нарушение прохождения пищи по пищеводу, наблюдается у 19 % пациентов с ГЭРБ. Характерной особенностью данного симптома является его перемежающийся характер. Основой такой дисфагии является гипермоторная дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию. Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги могут свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода, что, как правило, является следствием отсутствия адекватной терапии ГЭРБ. Стриктуры пищевода требуют проведения дорогостоящих процедур хирургического плана.

Одним из симптомов ГЭРБ является **боль в эпигастриальной области**, появляющаяся в проекции мечевидного отростка вскоре после еды и усиливающаяся при наклонных движениях.

Одинофагия — ощущение боли при прохождении пищи по пищеводу. Обычно встречается при выраженном поражении слизистой пищевода с формированием множественных эрозий и язв.

Икота нередко может быть единственным признаком ГЭРБ. Она обусловлена возбуждением диафрагмального нерва, раздражением и сокращением диафрагмы.

Тревожными симптомами при ГЭРБ считают дисфагию, одинофагию и анемию. При наличии данных симптомов необходимо исключить опухоль пищевода.

Внеэзофагеальные симптомы ГЭРБ включают в себя бронхолегочные, отоларингологические, кардиальные и стоматологические проявления.

К бронхолегочным и отоларингологическим проявлениям ГЭРБ относят хронический кашель, пневмонию, бронхиальную астму (БА), хроническую обструктивную болезнь легких, хронический фарингит, хронический ларингит (в том числе, дисфонию), ларингоспазм, ощущение инородного тела в глотке, хронический средний отит. В патогенезе изменений респираторного тракта ведущую роль играют проксимальные рефлюксы, приводящие к постоянным забросам желудочного содержимого в верхние отделы пищевода, носовую полость, гортань, трахею и глотку с развитием хронических воспалительных изменений в последних. Помимо этого, приступы БА на фоне ГЭРБ могут возникать в результате рефлексорного (вагусного) раздражения рецепторов слизистой оболочки дистальной части

пищевода кислым желудочным содержимым, опосредуемым парасимпатическим отделом вегетативной нервной системы (ваго-вагальная теория).

Среди внепищеводных проявлений гастроэзофагеального рефлюкса наиболее часто встречается боль в грудной клетке, подобная стенокардитической. Боль в грудной клетке возникает вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичного эзофагоспазма), причиной которой может быть дефект системы ингибирующего трансммитера — оксида азота. Пусковым моментом для возникновения эзофагоспазма и, соответственно, боли, тем не менее, всегда оказывается патологический (продолжительный) желудочно-пищеводный рефлюкс. В ряде случаев имеет место повышенная чувствительность рецепторов слизистой оболочки пищевода — так называемый «раздраженный» пищевод. Длительный рефлюкс может приводить к появлению аритмий сердца.

Патологические изменения полости рта при ГЭРБ также нельзя отнести к категории редких. Различают поражения как твердых тканей зубов, так и мягких тканей орофациальной области (красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта, языка, пародонта). Выраженность изменений в полости рта у больных ГЭРБ зависит от степени ацидификации слюнной жидкости. На фоне постоянных ГЭР происходит снижение рН слюны ниже 7,0 ед. При этом слюна начинает оказывать повреждающее действие на слизистую оболочку полости рта и приобретает выраженные деминерализирующие свойства в отношении твердых тканей зубов. Указанные изменения в полости рта тесно связаны с длительностью и тяжестью течения заболевания.

Осложнения

К осложнениям ГЭРБ относятся *стриктуры* пищевода, *кровоотечение* из эрозий и язв пищевода, формирование *пищевода Баррета* и *рака пищевода*.

Развитие стриктур требует в дальнейшем проведения дорогостоящих хирургических и эндоскопических процедур (бужирование, оперативное лечение и т. д.). Каждый подобный случай следует рассматривать как результат неадекватной консервативной терапии.

Кровоотечение, обусловленное эрозивно-язвенным поражением пищевода, в значительной степени осложняет течение основного заболевания, встречается в 2 % случаев и непосредственно угрожает жизни пациентов. Данное осложнение требует безотлагательной интенсивной терапии.

Одним из неблагоприятных осложнений является формирование пищевода Баррета. В последние годы интерес к этой проблеме заметно возрос, что обусловлено эпидемическим распространением данной патологии во всем мире. Этот синдром развивается у 10–15 % больных ГЭРБ.

К факторам, предрасполагающим к возникновению пищевода Баррета, относят гиперсекрецию соляной кислоты, наличие желчи в желудочном содержимом, которая является составной частью пищеводного рефлюктата. Пищевод Баррета — это цилиндрическая метаплазия слизистой оболочки пищевода. Метаплазия может быть кишечной и желудочной. Если метаплазия проявляется в виде цилиндрического эпителия кардиального или фундального типа слизистой оболочки желудка, то риск развития аденокарциномы невелик. Неблагоприятное прогностическое значение имеет тонкокишечная метаплазия слизистой оболочки дистальной части пищевода. Сложность диагностики пищевода Баррета заключается в отсутствии патогномичных клинических проявлений. Основную роль в выявлении данного осложнения играет эндоскопическое исследование («языки пламени» — вельветоподобная слизистая оболочка красного цвета). Для подтверждения диагноза пищевода Баррета производится гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода. О данной патологии можно утверждать, если хотя бы в одном из биоптатов обнаруживается цилиндрический эпителий с наличием бокаловидных клеток в метаплазированной эпителии. При иммуногистологическом исследовании можно выявить специфический маркер эпителия Баррета — сукразуизомальтазу.

Быстро прогрессирующая дисфагия и потеря веса могут указывать на развитие аденокарциномы пищевода. Однако данные симптомы возникают лишь на поздних стадиях заболевания, поэтому клиническая диагностика рака пищевода, как правило, запаздывает. Следовательно, основным путем профилактики и ранней диагностики рака пищевода является своевременная диагностика и лечение пищевода Баррета.

Диагностика

Основными методами диагностики ГЭРБ являются эзофагогастро-дуоденоскопия (ЭГДС), проведение суточного мониторирования внутрипищеводного рН, рентгенологическое исследование, манометрия нижнего пищеводного сфинктера и сцинтиграфия с радиоактивным технецием.

Дополнительные методы исследования: рабепразоловый тест, тест Бернштейна, билиметрия, хромоэндоскопия, эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода и др.

Эндоскопическая диагностика необходима при первичном обращении пациента и при обострении заболевания. Однако она не дает возможности диагностировать ГЭРБ на ранних стадиях болезни при эндоскопически негативной форме, не позволяет оценить частоту и длительность патологических забросов содержимого желудка в пищевод. Вместе с тем эндоскопический метод является основным в оценке состояния слизистой оболочки пищевода (гиперемия, эрозии, язвы, опухоль), выявлении недос-

таточности кардии, диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазии кардии, аномалии пищевода и выполнении **биопсии слизистой оболочки пищевода** с последующей морфологической диагностикой.

Биоптаты берут по окружности пищевода в области гастроэзофагального соединения. Основными морфологическими критериями эзофагита являются:

- утолщение базального слоя эпителия;
- увеличение количества соединительнотканых сосочков;
- инфильтрация эпителия воспалительными клетками;
- эрозии и язвы.

В настоящее время наиболее надежным методом диагностики ГЭРБ является **суточное мониторирование внутрипищеводного рН**. Данный метод позволяет не только выявить и оценить характер, продолжительность и частоту рефлюксов, но и подобрать эффективную терапию. Для достоверного диагноза принципиальное значение имеет правильная внутрипищеводная установка рН-зонда. Для этой цели измерительный датчик

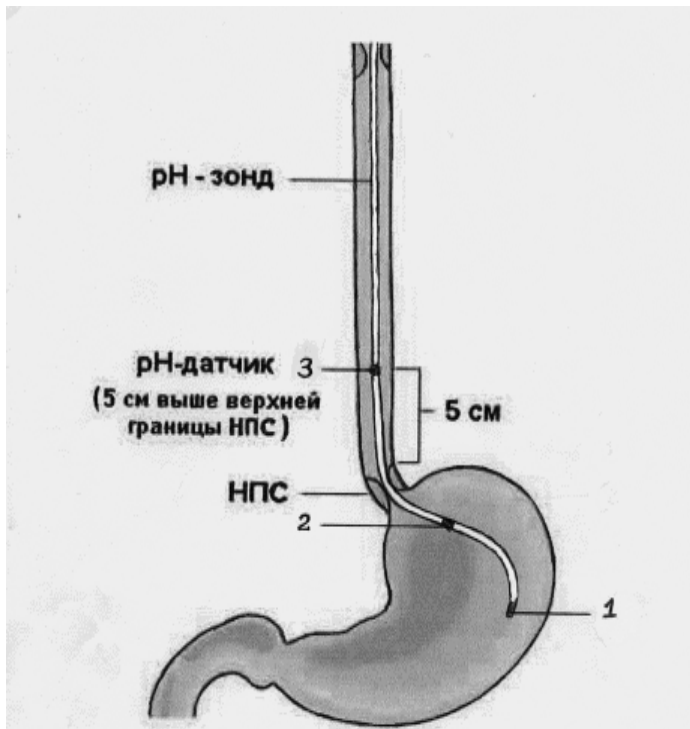


Рис. 1. Схема внутрипищеводной установки рН-зонда для диагностики ГЭРБ:

1 — тело желудка; 2 — кардиальный отдел желудка;
3 — пищевод

рН-зонда помещают строго на 5 см выше нижнего пищеводного сфинктера (рис. 1). В нормальных условиях в нижней трети пищевода рН соответствует 6,0 ед.

При анализе рН-грамм в пищеводе принято использовать следующие параметры:

- общее время, в течение которого рН принимает значения менее 4,0 ед. Данный показатель оценивается при вертикальном и горизонтальном положениях тела;
- общее число рефлюксов с рН < 4,0 ед. за сутки;
- число рефлюксов с рН < 4,0 ед. продолжительностью более 5 мин за сутки;
- длительность наиболее продолжительного рефлюкса с рН < 4,0 ед.;

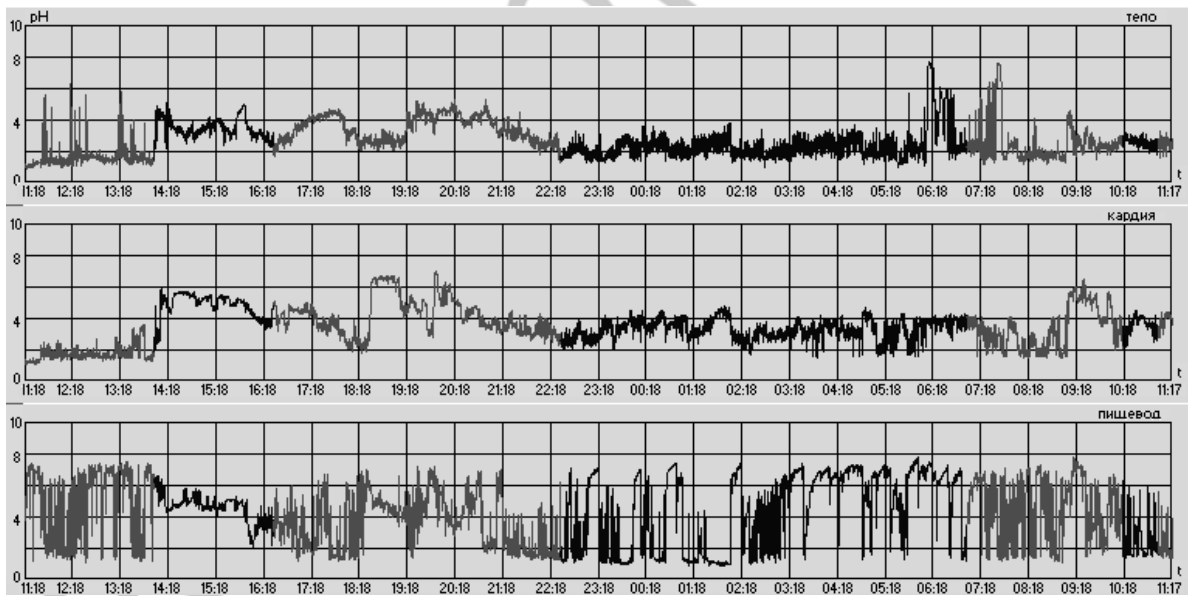
– индекс DeMeester — показатель экспозиции соляной кислоты в пищеводе в течение всего времени исследования. Нормальным считается показатель — менее 14,72.

Таким образом, при рН-метрическом исследовании под ГЭР подразумевают эпизоды, при которых рН в пищеводе опускается ниже 4,0 ед. Патологическими рефлюксами считаются эпизоды «закисления» пищевода, продолжающиеся более 5 мин и имеющие частоту более 50 раз в сутки. При проведении внутрипищеводной рН-метрии все показатели рассчитываются в автоматическом режиме.

Приводим два клинических наблюдения, иллюстрирующих диагностическую эффективность длительной внутрипищеводной рН-метрии.

Суточная внутрипищеводная рН-грамма больного К., страдающего ГЭРБ с обширными воспалительными изменениями в слизистой оболочке пищевода, распространяющимися более чем на 75 % окружности, представлена на рис. 2. При проведении мониторинга внутрипищеводного рН у больного зарегистрировано 287 ГЭР, из них продолжительностью более 5 мин — 31. Длительность максимального ГЭР составляла 32 мин 10 с. Обобщенный индекс DeMeester — 143,41.

На рис. 3 показан результат 24-часовой рН-метрии пациентки С., страдающей ГЭРБ с катаральным эзофагитом. За суточный период обследования у больной зарегистрировано 116 ГЭР. Число ГЭР более 5 мин — 8, а максимальный ГЭР длился 41 мин 40 с. Обобщенный показатель DeMeester равен 56,15.



De Meester	рН<4	рН<4	рН<4	число ГЭР с рН<4	число ГЭР >5 мин	максимальный ГЭР (время)
	(общее, %)	(стоя, %)	(лёжа, %)			
Норма	4.5	8.4	3.5	46.9	3.5	00:19:48
У пациента	43	46	40	287	31	00:32:10

Обобщённый показатель De Meester (норма <14.72) равен 143.41

Рис. 2. Суточная компьютерная внутрипищеводная рН-грамма больного К.

Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием может указывать на наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуры пищевода, диффузного эзофагоспазма, выявлять рефлюкс как таковой. Данное исследование применяется для скрининговой диагностики ГЭРБ.

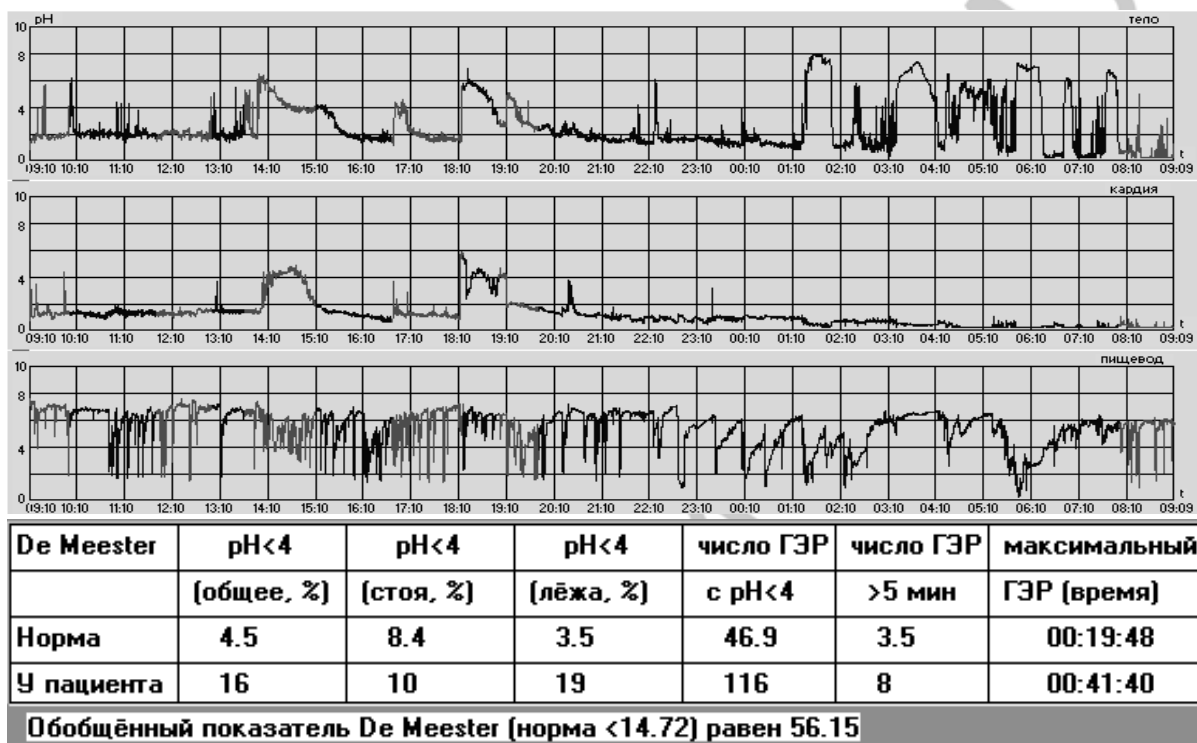


Рис. 3. Суточная компьютерная внутрипищеводная рН-грамма больной С.

Исследование двигательной функции пищевода (манометрия) позволяет изучить показатели движения стенки пищевода и деятельность его сфинктеров. При ГЭРБ манометрическое исследование выявляет снижение давления нижнего пищеводного сфинктера, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, увеличение количества транзиторных расслаблений сфинктера, снижение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода. В норме базальное давление нижнего пищеводного сфинктера составляет 11–19 мм рт. ст. или 1,5–2,7 кПа. В клинической практике данный метод применяется редко.

Сцинтиграфия пищевода с радиоактивным технецием позволяет оценить пищеводный клиренс: задержка изотопа более 10 мин свидетельствует о замедлении пищеводного клиренса.

В диагностике ГЭРБ могут быть использованы дополнительные методы: рабепразоловый тест, билиметрия, тест Бернштейна и др.

Суть рабепразолового теста заключается в следующем: больному назначают 20 мг рабепразола в сутки однократно. Исчезновение симптомов болезни в течение 1–3 дней свидетельствует о наличии у пациента ГЭРБ. Чувствительность и специфичность данного теста составляют 78 и 86 % соответственно.

Билиметрия позволяет верифицировать щелочные (желчные) рефлюксы. Тест Бернштейна состоит из вливания 0,1 N раствора HCl в пищевод, что при рефлюксной болезни приводит к появлению типичной симптоматики. Данный тест может оказаться полезным в диагностике эндоскопически негативной ГЭРБ.

Внедрение **хромозндоскопии** может позволить выявить метапластические и диспластические изменения эпителия пищевода путем нанесения на слизистую оболочку веществ, по-разному окрашивающих здоровые и пораженные ткани.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода является основной методикой, выявляющей эндодиффитно растущие опухоли.

Взаимосвязь гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с бронхолегочной патологией

Еще в середине прошлого столетия многими клиницистами была отмечена непосредственная связь заболевания (рефлюкс-эзофагита) с другими патологическими состояниями не только ЖКТ, но и дыхательной системы. В литературе встречается описание «желудочного» кашля, особенно у детей, и приступов удушья, вызванных аспирацией желудочного содержимого.

Существует несколько популярных теорий, объясняющих процессы развития респираторных заболеваний, в том числе и бронхообструкции, на фоне ГЭРБ:

1. Теория микроаспирации желудочного содержимого в бронхиальное дерево с развитием экссудативного воспаления и бронхообструкции. Довольно логичной выглядит версия развития бронхопульмональных осложнений при рефлюксной болезни у пациентов с так называемым «проксимальным», высоким рефлюксом желудочного содержимого.

2. Рефлекторная теория, согласно которой рефлюктат, попадая из желудка в пищевод, стимулирует чувствительные к кислоте рецепторы и через вагусную иннервацию вызывает обратимую бронхиальную обструкцию (бронхоспазм). При этом раздражение кислотных рецепторов, находящихся в пищеводе, и передача импульса по афферентным волокнам n. vagus в ядра ствола мозга, а затем через эфферентные вагусные пути в бронхи способны вызывать стойкий бронхоспазм и как следствие — раз-

витие бронхита или БА. По всей видимости, точка зрения исследователей, которые полагают, что появление пульмональной симптоматики при ГЭРБ является следствием рефлекторного ответа на частые и длительные раздражения желудочным содержимым слизистой оболочки пищевода, имеет право на существование.

Ранее проведенные исследования показали, что более 20 % пациентов с ГЭРБ страдают хроническим кашлем, бронхитами, пневмониями, а также БА. Кроме того, было установлено, что у 75 % больных, страдающих БА и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), выявляются симптомы ГЭРБ. Эти данные подтверждают мнение, что и бронхообструкция способствует формированию вторичной ГЭРБ вследствие увеличения градиента давления между грудной и брюшной полостями, а также в результате длительного приема бронхолитических средств, способствующих расслаблению нижнего пищеводного сфинктера и повышению секреции соляной кислоты. Развитие так называемой вторичной ГЭРБ на фоне длительно протекающей бронхообструктивной патологии заметно ухудшает течение основного заболевания. При проведении антирефлюксной терапии больным с сочетанной патологией достигается не только нормализация симптоматики ГЭРБ, но и улучшение респираторной функции легких.

Актуальность проблемы заключается в раннем выявлении ГЭРБ у больных с хроническими бронхолегочными заболеваниями с целью профилактики синдрома взаимногоотягощения. В связи с этим, в диагностике ГЭРБ основными должны быть методы, способные выявить функциональные изменения в пищеводе, которые не удастся обнаружить с помощью эндоскопического исследования (эндоскопически негативная форма ГЭРБ).

Нами обследовано 30 больных в возрасте от 18 до 63 лет. Среди пациентов было 17 (57 %) мужчин и 13 (43 %) женщин. Помимо дыхательной симптоматики, связанной с патологией бронхолегочной системы, больные предъявляли жалобы на изжогу, кислую отрыжку, боль по ходу пищевода и др. Кроме того, часть пациентов отмечала приступы ночного кашля и затрудненного дыхания на фоне изжоги и дискомфорта за грудиной. Из 30 обследованных больных 25 (83 %) страдали ХОБЛ различной стадии развития, установленной по результатам, в том числе и спирометрического исследования, 5 (17 %) — БА различной степени тяжести.

Наличие диспепсических жалоб у пульмонологических больных было основанием для выполнения ЭГДС и суточной внутрипищеводной рН-метрии. Эндоскопическое исследование проводилось по общепринятой методике. Для оценки выявленных изменений слизистой оболочки пищевода использовали классификацию по M. Savary и J. Miller.

Длительное мониторирование внутрипищеводного рН осуществлялось компьютерной системой «Гастроскан-24» (НПП «Исток-Система», Россия), состоящей из трансназального трехдатчикового рН-зонда и портативного микроацидогастрометра, позволяющего в течение суток в автоматическом режиме регистрировать изменения рН в дистальном отделе пищевода.

На основании результатов клинического, эндоскопического исследований и суточной внутрипищеводной рН-метрии из 30 больных у 21 (70 %) пациента была диагностирована ГЭРБ.

Частота выявления ГЭРБ у пациентов с различными стадиями развития ХОБЛ и БА представлены в табл. 1.

Большая часть больных с сочетанной бронхолегочной и гастроэзофагеальной патологией предъявляла эзофагеальные жалобы. Чаще всего регистрировались изжога, кислая отрыжка, тяжесть и боль в эпигастрии. Лишь у 1 (4 %) пациента отмечалась дисфагия, у 2 (10 %) — тошнота.

Из анамнестических данных было установлено, что у 14 (68 %) больных эзофагеальные проявления предшествовали бронхолегочной симптоматике и появились за 3–5 лет, а у 2 (10 %) пациентов — за 10 лет до возникновения респираторных жалоб.

Таблица 1

Частота выявления ГЭРБ у больных с бронхолегочными заболеваниями

Пульмонологический диагноз	Число больных	Частота ГЭРБ	
		абс.	%
БА	5	4	80
ХОБЛ 0-й ст.	8	6	75
« 1-й ст.	5	2	40
« 2-й ст.	5	3	60
« 3-й ст.	7	6	86
Всего	30	21	70

Средние показатели внутрипищеводного рН у 21 больного с сочетанной бронхолегочной и гастроэзофагеальной патологией представлены в табл. 2.

Таблица 2

Средние показатели внутрипищеводного рН у больных с ХОБЛ/БА + ГЭРБ (n = 21)

Показатели	рН < 4 (общее, %)	Число ГЭР с рН < 4	Число ГЭР > 5 мин	Обобщенный индекс DeMeester
Заболевание				
ХОБЛ 0-й ст. (n = 6)	6,7 ± 0,53	56,7 ± 3,01	4 ± 0,65	25,5 ± 3,58
ХОБЛ 1-й ст. (n = 2)	9 ± 0,95	68,5 ± 5,24	6 ± 0,46	33,9 ± 2,8
ХОБЛ 2-й ст. (n = 3)	16 ± 0,58	58 ± 5,57	8 ± 0,34	51,4 ± 2,93

ХОБЛ 3-й ст. (n = 6)	47,6 ± 3,4	162,3 ± 9,41	20,3 ± 2,0	155,8 ± 10,85
БА (n = 4)	13 ± 1,47	89,3 ± 11,0	9,7 ± 1,0	90,38 ± 4,55

Из представленных в табл. 2 данных обращает на себя внимание прямая зависимость тяжести течения ХОБЛ от клинических, спирометрических и рН-метрических данных. Так, у больных с ХОБЛ 3-й ст. средний показатель индекса DeMeester составлял 155,8, а время с рН, равном менее 4,0 ед. в пищеводе, приблизилось к 50 %. У пациентов с ХОБЛ 0-й ст. аналогичные показатели оказались минимальными. Невысокий индекс DeMeester был определен в группе больных с БА — 90,4. Это, вероятно, связано с небольшим числом обследованных пациентов данной группы и нетяжелым течением БА.

В группе больных с сочетанной патологией эзофагит с множественными эрозиями (ГЭРБ 3-й ст.) был обнаружен у 7 (32 %) больных, в основном, у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ. Это указывает на отягощение развития бронхолегочной патологии с одной стороны и ГЭРБ с другой. У 8 (38 %) больных была диагностирована ГЭРБ без эзофагита (ГЭРБ 0-й ст.) — так называемый негативный вариант заболевания. В данной группе больных рефлюксная болезнь была выявлена исключительно методом суточной внутрипищеводной рН-метрии. Функциональные нарушения обнаружены до развития морфологических изменений слизистой пищевода. Коррекция лечения на этой стадии болезни обеспечит профилактику развития патологических изменений в пищеводе и предотвратит развитие синдрома взаимного отягощения гастроэзофагеальной и бронхолегочной патологий.

Таким образом, для ранней диагностики ГЭРБ у пациентов, имеющих диспепсические жалобы и обструктивные болезни легких, в комплексное обследование целесообразно включать суточную внутрипищеводную рН-метрию и эндоскопию. Своевременное лечение ГЭРБ у больных с бронхиальной обструкцией позволит предупредить взаимоотношенное течение бронхолегочной и гастроэзофагеальной патологий.

Лечение

Лечение ГЭРБ должно быть направлено на уменьшение рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса и защиту слизистой оболочки пищевода.

Изменение стиля жизни является основой немедикаментозного антирефлюксного лечения у большинства пациентов. В первую очередь, необходимо исключить курение и нормализовать массу тела, избегать переедания и не есть за несколько часов до сна. Не употреблять кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жиров,

шоколада, кофе, чеснока, лука, перца. Необходимо исключить алкоголь, очень острую, горячую или холодную еду и газированные напитки.

Подъем головного конца кровати на 20–30 см значительно уменьшает интенсивность рефлюкса. Больные должны быть предупреждены о нежелательности приема препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция), а также лекарственных средств, прием которых может быть причиной воспаления пищевода (нестероидные противовоспалительные средства, доксициклин, хинидин).

Необходимо избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, работы с наклоном, ношения тугих поясов, ремней.

В терапии ГЭРБ, наряду с рекомендациями по изменению образа жизни, питания и нормализации массы тела, применяют лекарственные средства, снижающие действие рефлюктата на слизистую оболочку пищевода (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, антациды), а также препараты, влияющие на моторику ЖКТ (прокинетики). Базовый курс лечения в среднем должен составлять 8–12 нед. В дальнейшем обязательно проведение поддерживающей терапии, которая осуществляется в течение 6–12 мес. Длительное поддерживающее лечение необходимо для предотвращения рецидивов заболевания и профилактики осложнений.

Наиболее эффективно контролируют уровень pH в желудке и нижней трети пищевода **ингибиторы протонной помпы**. Механизм действия данных препаратов связан с блокированием активности H^+ - K^+ -АТФазы париетальных клеток желудка. Лекарственные средства данной группы являются наиболее сильными антисекреторными препаратами. Из-за уменьшения времени контакта кислоты со слизистой пищевода интенсивность симптомов заболевания уменьшается, и они быстро исчезают. Мощное угнетение кислотной продукции является главным фактором и для заживления эрозивно-язвенных поражений слизистой пищевода у больных ГЭРБ. Назначение ингибиторов протонной помпы должно быть средством выбора для лечения тяжелых эзофагитов, причем курс лечения должен составлять не менее 8 нед.

В настоящее время при лечении больных ГЭРБ успешно используются следующие представители данного класса препаратов: омепразол 20 мг 2 раза/сут (1-е поколение), лансопразол 30 мг 2 раза/сут (2-е поколение), пантопразол 20 мг 2 раза/сут (3-е поколение), рабепразол 20 мг 1–2 раза/сут (4-е поколение) и эзомепразол 20 мг 1–2 раза/сут (5-е поколение). При поддерживающей терапии используется, как правило, половинная лечебная доза препарата.

При наличии щелочного (желчного) рефлюкса к комбинации ингибиторов протонной помпы и прокинетиков необходимо добавлять большие дозы обволакивающих средств.

Блокаторы H₂-рецепторов гистамина достаточно хорошо известны как препараты, обладающие способностью ингибировать кислотообразование в желудке. Устранение изжоги и ночной боли является положительным признаком эффективности проводимого лечения препаратами из данной группы антисекреторных средств.

В настоящее время, в основном, используются две группы блокаторов H₂-рецепторов гистамина: ранитидин 150 мг 2 раза/день и фамотидин 20 мг 2 раза/день. Эффективность действия блокаторов H₂-рецепторов гистамина в терапии ГЭРБ можно повысить, сочетая их с антацидными препаратами в терапевтических дозировках (блокада H₂-рецепторов гистамина и нейтрализация уже выделившейся в просвет желудка кислоты позволяют снизить уровень кислотности в желудке). При наличии эзофагеальных или внеэзофагеальных симптомов блокаторы H₂-рецепторов гистамина также можно комбинировать с прокинетиками, позволяющими улучшить опорожнение желудка и уменьшить поступление желудочного содержимого в проксимальный отдел пищевода, и/или с ферментными препаратами, особенно в тех случаях, когда имеется нормальное опорожнение желудка, но повышена его чувствительность к растяжению. Следует отметить, что при неэффективности лечения препаратами данной группы или недостаточной эффективности (отсутствие полного купирования симптомов ГЭРБ) не имеет смысла увеличивать их дозы, необходимо перейти к назначению лекарственных средств из группы ингибиторов протонной помпы.

Антациды и алгинаты эффективны в лечении средневыраженных и нечастых симптомов, особенно тех, которые возникли при нарушении рекомендаций по стилю жизни. Антациды следует принимать часто, обычно через 1,5–2 ч после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов. Для лечения ГЭРБ лучше использовать жидкие формы антацидных препаратов (гефал, алмагель Нео, маалокс, фосфалюгель).

Алгинаты (топалкан, гавискон), создавая густую пену на поверхности содержимого желудка, при каждом эпизоде рефлюкса возвращаются в пищевод, оказывая лечебное воздействие. Влияние алгинатов двояко: во-первых, за счет содержания антацидов они обладают кислотонейтрализующим действием, а во-вторых, попадая в пищевод, они образуют защитную пленку, создающую градиент рН между слизистой оболочкой и просветом пищевода.

Прокинетики усиливают пропульсивную способность пищевода и антрапилорическую моторику, что приводит к ускоренной эвакуации желудочного содержимого и повышению тонуса нижнего пищеводного сфинктера. В результате уменьшаются количество ГЭР и время контакта желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода, улучшается эзофагеальное очищение. Использование прокинетиков в клинической практике для лечения ГЭРБ рекомендует подавляющее большинство ис-

следователей. В настоящее время данная группа препаратов включена в клинические протоколы лечения больных с ГЭРБ в стационарных и амбулаторных условиях.

Из прокинетиков достаточно длительное время применяются метоклопромид (церукал) 10 мг 3 раза/день, домперидон (мотилиум) 10 мг 3 раза/день, цисаприд (координакс) 10 мг 3 раза/день и мозаприд (мозакс) 5 мг 3 раза/день. Первые две группы препаратов блокируют периферические дофаминовые рецепторы, тем самым координируя гастроэзофагеальную моторику. Цисаприд и мозаприд усиливают сократительную способность пищевода и повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера за счет действия на серотониновые рецепторы ЖКТ.

Решение о сроках проведения длительной поддерживающей терапии ГЭРБ должно приниматься индивидуально с учетом возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний, характера повреждения пищевода, осложнений рефлюксной болезни, стоимости и безопасности лечения.

Контролировать эффективность антисекреторной и антирефлюксной терапии возможно методом суточной внутрипищеводной рН-метрии.

На рис. 4 представлена суточная компьютерная внутрипищеводная рН-грамма больного П. до лечения ГЭРБ. При эндоскопическом обследовании пациента были обнаружены две плоские язвы в дистальном отделе пищевода и два изъязвления размером 0,4–0,5 см в антральном отделе желудка. Анализ рН-граммы, выполненной до лечения, показал, что количество ГЭР с $\text{pH} < 4$ достигало 125, количество ГЭР продолжительностью более 5 мин — 9, а максимальный ГЭР длился 56 мин. При этом показатель внутрипищеводной $\text{pH} < 4$ за 24-часовой период обследования составлял 16 %. Обобщенный индекс DeMeester оказался равным 51,67.

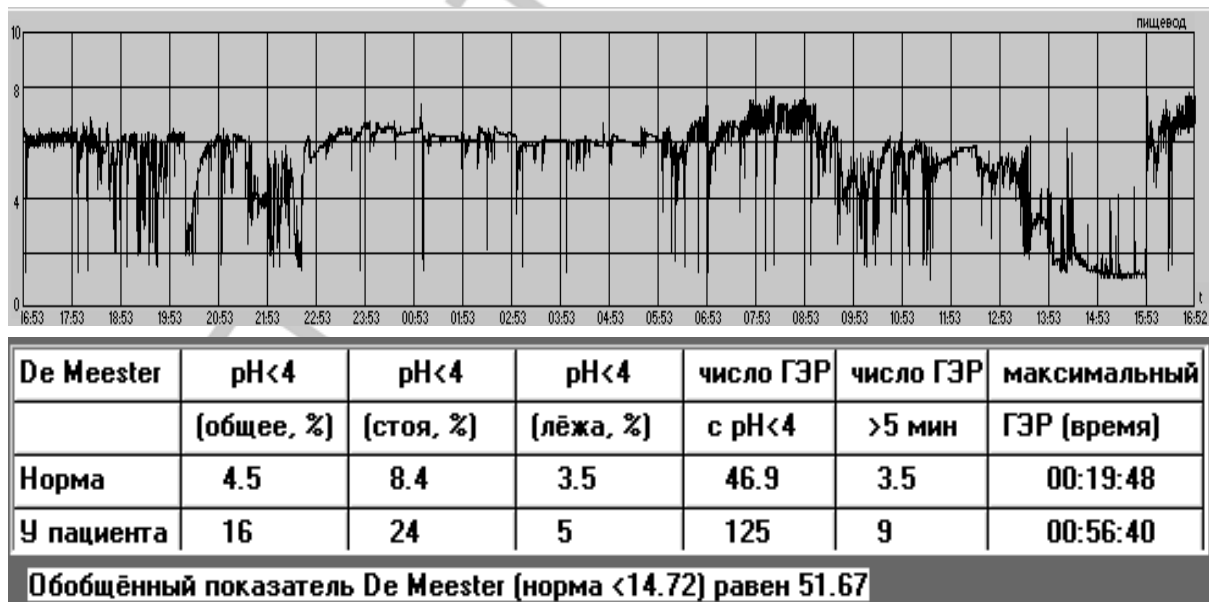


Рис. 4. Компьютерная рН-грамма больного П. до лечения

Результат эффективности антирефлюксной и антисекреторной терапии у больного П. демонстрирует внутрипищеводная рН-грамма, выполненная через 8 нед. лечения лансоприазолом в суточной дозе 60 мг и мозапридом 15 мг (рис. 5). Рефлюксы продолжительностью более 5 мин исчезли. Количество ГЭР с рН < 4 уменьшилось до 37, а максимальный ГЭР составлял лишь 4 мин. Обобщенный показатель DeMeester снизился до 6,01.

В результате лечения улучшилась клиническая картина заболевания, а при контрольном эндоскопическом исследовании обнаружено полное заживление язв пищевода и частичное рубцевание язвенных дефектов в желудке. Больному было рекомендовано продолжить базовую терапию лансоприазолом и мозапридом в течение 4 нед. с последующим переходом на 6-месячный срок поддерживающей терапии.

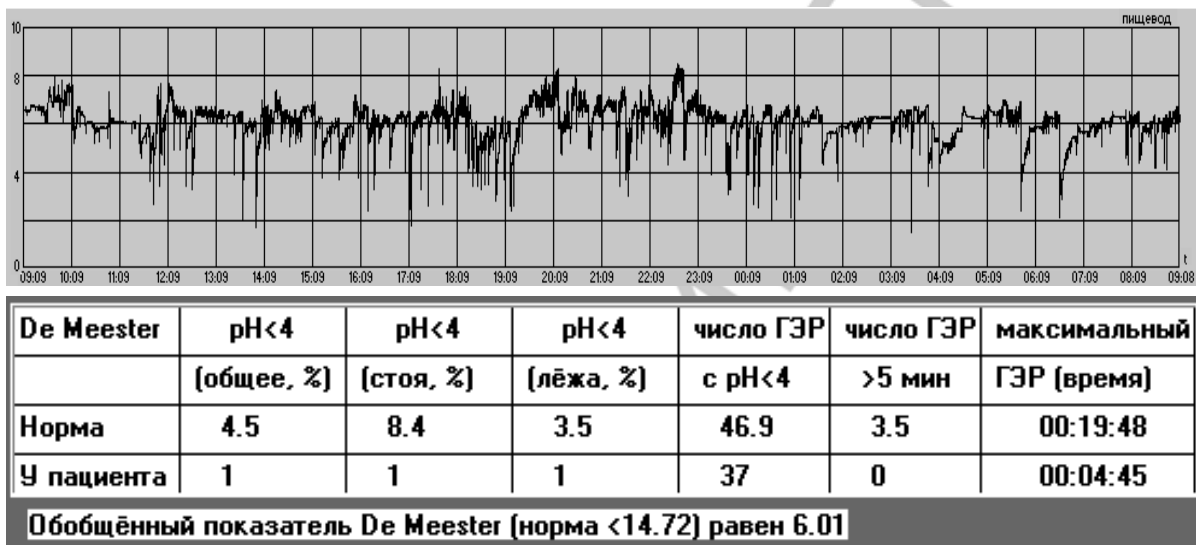


Рис. 5. Компьютерная рН-грамма больного П. после лечения

Антирефлюксное хирургическое лечение ГЭРБ показано при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие синдрома Баррета с дисплазией эпителия высокой степени), а также при доказанной неэффективности медикаментозной терапии. Вопрос об оперативном лечении нужно рассматривать совместно с опытным в данной области хирургом при безуспешной длительной консервативной терапии ГЭРБ, наличии доказанного (с помощью внутрипищеводной рН-метрии) выраженного агрессивного патологического желудочно-пищеводного рефлюкса и при отсутствии успеха лечения в результате выполнения всех мероприятий по нормализации образа жизни.

Задания для самостоятельной работы

При подготовке к занятию студент должен составить перечень вопросов, не в полной мере усвоенных в процессе самостоятельного изучения темы, недостаточно освещенных в доступной литературе. Вопросы, наиболее часто встречающиеся в перечнях у студентов учебной группы, должны быть обсуждены с преподавателем в начале занятия.

В ходе проведения занятия преподаватель должен акцентировать внимание студентов на причинах формирования ГЭРБ, основных механизмах развития заболевания, различных вариантах классификации степени тяжести рефлюкс-эзофагита, классических клинических проявлениях. Обратить внимание на взаимосвязь ГЭРБ с легочной, отоларингологической патологией, с развитием синдрома взаимного отягощения заболевания пищевода и бронхопульмональной патологии.

Студент должен самостоятельно проводить осмотр больных с ГЭРБ. На основании жалоб пациента, анамнеза заболевания, объективных данных сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальный диагноз, назначить план обследования и лечения больного. В процессе обследования пациента необходимо обратить внимание на особенности немедикаментозного и медикаментозного лечения ГЭРБ, а также на необходимость длительной поддерживающей терапии.

Для закрепления полученных знаний по теме занятия провести самоконтроль усвоения темы: решить ситуационные задачи, интерпретировать инструментальные методы исследования (ЭГДС, внутрипищеводная рН-метрия, рентгенологический метод и др.). В конце занятия подводятся итоги, указываются ошибки студентов, допущенные при выполнении самостоятельной работы.

Самоконтроль усвоения темы

1. Больной жалуется на изжогу, а при суточной внутрипищеводной рН-метрии получены нормальные результаты. Это говорит о том, что:

- а) у больного функциональная изжога;
- б) получены ложные результаты при данном обследовании;
- в) у больного патологическая изжога;
- г) не исправен внутрипищеводный датчик рН-зонда.

Ответ: а.

2. Классификация степени тяжести эзофагита носит имя:

- а) Чайлд–Пью;
- б) Мейо–Робсона;
- в) Щеткина–Блумберга;
- г) Савари–Миллера.

Ответ: г.

3. Базисными препаратами в лечении ГЭРБ являются:

- а) антибиотики и ингибиторы протонной помпы;
- б) нестероидные противовоспалительные препараты и антациды;
- в) блокаторы H_2 -рецепторов гистамина и гепатопротекторы;
- г) прокинетики и ингибиторы протонной помпы.

Ответ: г.

4. В развитии ГЭРБ имеет место:

- а) снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера;
- б) повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера;
- в) нормальный тонус нижнего пищеводного сфинктера;
- г) снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера и нарушение перистальтики пищевода.

Ответ: г.

5. Тревожными симптомами ГЭРБ считаются:

- а) изжога, тошнота, отрыжка;
- б) дисфагия, одинофагия, анемия;
- в) икота, тошнота, рвота;
- г) изжога, рвота, боль в эпигастрии.

Ответ: б.

6. Какой метод клинического обследования является основным в диагностике ГЭРБ:

- а) перкуссия;
- б) пальпация;
- в) аускультация;
- г) сбор и детальный анализ жалоб?

Ответ: г.

7. Какова длительность поддерживающей медикаментозной терапии ГЭРБ:

- а) 1 мес.;
- б) 2 нед.;
- в) 3 мес.;
- г) 6–12 мес.?

Ответ: г

8. Какие параметры имеет внутрипищеводный рН у здорового человека (ед.):

- а) 0,9–1,2;
- б) 1,5–2,0;
- в) 3,0–4,0;
- г) 6,0–8,0?

Ответ: г.

9. Средний срок основного базового лечения ГЭРБ (нед.):

- а) 2–3;
- б) 4–6;
- в) 8–12;
- г) 24–32?

Ответ: в.

10. Основные методы инструментальной диагностики ГЭРБ:

- а) ультразвуковое и рентгенологическое исследования пищевода;
- б) ЭГДС и внутрипищеводная рН-метрия;
- в) радиоизотопная сцинтиграфия и ультразвуковое исследование пищевода;
- г) манометрия нижнего пищеводного сфинктера и электрокардиография.

Ответ: б.

Литература

Основная

1. *Бельмер, С. В.* Внутрижелудочная рН-метрия в детской гастроэнтерологии. Методические аспекты / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина, А. А. Коваленко. М. : РГМУ, 2001. 20 с.
2. *Болезни пищевода.* Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение / под ред. В. Т. Ивашкина. М. : Медицина, 2000. 179 с.
3. *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь : учеб.-метод. пособие / сост. И. В. Маев.* М. : 2000. 52 с.
4. *Гриневич, В. Б.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Баррета / В. Б. Гриневич, О. А. Саблин, И. В. Богданов. СПб. 2001. 29 с.
5. *Калинин, А. В.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь : метод. указания / А. В. Калинин. М. : ГИУВ МО РФ, 2004. 40 с.
6. *Капралов, Н. В.* Суточный внутрижелудочный и внутрипищеводный рН-мониторинг в клинической практике : учеб.-метод. пособие / Н. В. Капралов, И. А. Шоломицкая. Минск : БГМУ, 2002. 21 с.
7. *Рекомендации по обследованию и лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: пособие для врачей / В. Т. Ивашкин [и др.].* М., 2001. 10 с.
8. *рН-Метрия* пищевода и желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта / под ред. Ф. И. Комарова. М., 2005. 208 с.
9. *Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / С. И. Пиманов.* Н. Новгород : НГМА, 2000. 378 с.
10. *Peterson, K.* Prevalence of gastroesophageal reflux in asymptomatic asthmatics : can it contribute to respiratory symptoms? / K. Peterson, W. Samuelson, E. Koelicer // *Gastroenterology.* 2003. Vol. 124. P. 543 (Abstract 1660).

Дополнительная

1. *Внепищеводные проявления* гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О. В. Иванова [и др.] // *Болезни органов пищеварения.* 2004. № 2. С.15–21.
2. *Капралов, Н. В.* Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с обструктивными заболеваниями легких / Н. В. Капралов, Е. В. Меланич, И. А. Шоломицкая // *Медицинская панорама.* 2007. № 6. С. 18–21.
3. *Прохорова, Л. И.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей : метод. реком. / Л. И. Прохорова, А. Н. Давыдова. Волгоград, 2007. 32 с.
4. *Рощина, Т. В.* Супраэзофагеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Т. В. Рощина // *Клин. перспект. гастроэнтерол., гепатол.* 2003. № 1. С. 27–30.
5. *Трухманов, А. С.* Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиции современной гастроэнтерологии : клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов / А. С. Трухманов, И. В. Маев. // *Рус. мед. журн.* 2004. № 23, Т. 12. С. 1344–1348.
6. *Lauren, B. Gerson.* The impact of body mass index, GERD symptom duration, tobacco and alcohol consumption and family history on a Barret's esophagus prediction / B. Gerson Lauren // *Digestive disease week.* 2003. P. 17–60.
7. *Suboptimal dosing of proton pump inhibitors is prevalent amongst allergists treating nocturnal reflux induced asthma / Y. J. Tsai [et al.]* // *Gasroenterology.* 2003. Vol. 124. P. 109.

Оглавление

Список сокращений.....	3
Мотивационная характеристика темы.....	3
Определение и механизм развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	5
Классификация.....	7
Клиническая картина.....	10
Осложнения	12
Диагностика.....	13
Взаимосвязь гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с бронхолегочной патологией	17
Лечение	20
Задания для самостоятельной работы	25
Самоконтроль усвоения темы	26
Литература.....	28

Учебное издание

Шоломицкая Ирина Александровна

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Н. Ф. Сорока
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 19.02.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л 1,86. Уч.-изд. л. 1,45. Тираж 75 экз. Заказ 373.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.