

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультета

УИРС на тему: «ГЭРБ. Этиология, патогенез. Клиническая картина.
Инструментальные методы диагностики. Лечение. Профилактика»

Выполнила
Студентка 4 курса 7 группы
Педиатрического факультета
Стульнева Т.Н.

Волгоград 2018г

4 

Содержание

1. Введение.....	3
2. Распространенность.....	4
3. Развитие заболевания.....	5
4. Механизм патологического рефлюкса.....	6
5. Предрасполагающие факторы.....	10
6. Классификация.....	12
7. Клинические проявления ГЭРБ.....	13
8. Этапы диагностики.....	14
9. Терапевтическое лечение.....	18
10. Лекарственная терапия.....	20
11. Профилактика и диспансеризация.....	24
12. Вывод.....	26
13. Список литературы.....	27

Активное изменение социально-экономической структуры современного общества, проявляющееся стремительной урбанизацией, нарастанием темпа жизни и изменением характера питания, оказывает основное влияние на структуру заболеваемости в стране. Все более заметен рост частоты гастроэнтерологических заболеваний, среди которых особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), ведущая патология, как по частоте, так и по спектру осложнений.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ, рефлюксная болезнь) - это патологическое состояние, при котором отмечаются симптомы или патологические изменения слизистой оболочки пищевода, причиной которых является гастроэзофагеальный рефлюкс.

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

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

Хотя ГЭРБ является широко распространенным заболеванием и достаточно хорошо изучена, сведения о заболеваемости и распространенности ГЭРБ в настоящее время скорее основаны на оценках специалистов, чем на реальных данных. Эти сложности связаны частично с тем, что по клинической картине отличить друг от друга ГЭРБ и эзофагит практически невозможно, а частично с тем, что пока не существует определенного стандарта, позволяющего точно установить или исключить диагноз ГЭРБ.

По оценкам специалистов основным признаком ГЭРБ является изжога (возникающая ежедневно или периодически). О распространенности эзофагита судить сложно даже при наличии такого стандартного метода подтверждения диагноза, как эндоскопическое выявление изменений слизистой оболочки пищевода, что связано с отсутствием широкомасштабных исследований. По более ранним зарубежным данным от 48% до 79% пациентов, страдающих ГЭРБ, которым проводилась процедура пищевода рН-мониторирования (см ниже), и был выявлен патологический заброс кислотного содержимого желудка в пищевод, имели эзофагит. Но более поздние данные (начиная с 1999 года) показывают, что распространенность эзофагита среди людей, страдающих ГЭРБ, ниже, так как у 55-81% таких пациентов не обнаруживаются эндоскопических признаков эзофагита. Столь же сложно определить распространенность такого патологического состояния, как пищевод Баррета, ввиду того, что не были определены характерные для этого заболевания симптомы, и не проводилось масштабных исследований.

2. Распространенность.

ГЭРБ имеет одинаковую распространенность среди мужчин и женщин, однако, эзофагит у мужчин встречается в два раза чаще, а пищевод Баррета развивается в 10 раз чаще. Следует отметить, что при беременности вероятность развития ГЭРБ повышается: более половины беременных женщин жалуются на изжогу.

Среди лекарственных средств, способствующих развитию ГЭРБ, особенно выделяют препараты, уменьшающие тонус нижнего пищевода сфинктера, а также нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Особое внимание среди факторов, влияющих на развитие ГЭРБ, специалисты уделяют наличию инфекции *Helicobacter pylori*, изучая распространенность ГЭРБ и других, связанных с *Helicobacter pylori* заболеваний (например, язвенной болезни желудка). Данные исследований показывают, что у пациентов, страдающих ГЭРБ с эзофагитом, реже встречается инфицированность

Helicobacter pylori. Реже эта инфекция встречается и у больных с пищеводом Баррета. Результаты исследований доказывают защитную роль этой бактерии, так как после антибактериальной терапии, направленной на уничтожение *Helicobacter pylori*, заболеваемость эзофагитом и развитие рефлюксной болезни увеличивается. Кроме того, существуют данные, что наличие этих микроорганизмов повышает эффективность антисекреторной терапии при лечении эзофагита и способствует достижению ремиссии заболевания. Однако *Helicobacter pylori* является фактором риска развития язвы и рака желудка. Поэтому многие врачи не согласны с рекомендацией не назначать антибактериальную терапию пациентам с *Helicobacter pylori*. В целом эти данные нуждаются в дополнительном изучении.

3. Развитие заболевания

Основные патологические изменения при ГЭРБ возникают вследствие воздействия желудочного сока на слизистую оболочку пищевода и, иногда, на слизистые оболочки вышележащих отделов (глотки, гортани и др.), в результате чего появляются соответствующие симптомы.

Периодически гастроэзофагеальный рефлюкс возникает и в норме. Симптомы заболевания появляются тогда, когда вследствие определенных причин снижается защитная функция слизистой оболочки пищевода. Это может происходить по многим причинам: слишком частое возникновение рефлюкса, продолжительное воздействие кислотного содержимого желудка, снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, сочетание рефлюкса и неправильной диеты, а также при стрессе. У различных людей ГЭРБ проявляется самыми разнообразными симптомами, что позволяет предположить, что совокупность повреждающих и восстановительных процессов в слизистой оболочке пищевода представляет собой тонко сбалансированную систему, очень чувствительную к различным воздействиям. Это могут быть такие симптомы, как изжога, регургитация, боли в груди, дисфагия и ларингит.

4. Механизм патологического рефлюкса

Основным фактором, необходимым для возникновения ГЭРБ является гастроэзофагеальный рефлюкс, который возникает в области перехода пищевода в желудок.

Было выявлено три основных механизма нарушения функций в области перехода пищевода в желудок:

спонтанно (время от времени) возникающее расслабление нижнего пищеводного сфинктера при отсутствии анатомических аномалий;

ослабление тонуса нижнего пищеводного сфинктера при отсутствии анатомических аномалий;

анатомическое искривление в области пищеводно-желудочного перехода, в частности вследствие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Спонтанное расслабление нижнего пищеводного сфинктера

В настоящее время доказано, что спонтанное расслабление нижнего пищеводного сфинктера - наиболее частая причина возникновения гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов, имеющих нормальный тонус сфинктера. По сравнению с физиологическим расслаблением сфинктера при глотании, спонтанное расслабление происходит независимо от акта глотания, не сопровождается явлениями перистальтики пищевода и действием диафрагмы и продолжается более длительно (более 10 сек).

При спонтанном расслаблении нижнего пищеводного сфинктера у пациентов с ГЭРБ чаще возникает заброс кислого содержимого желудка, чем газа. Важность спонтанного расслабления нижнего пищеводного сфинктера для возникновения рефлюкса подтверждается при использовании влияющих на этот механизм физиологических манипуляций или лекарственных средств.

Снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера

Физиологически нижний пищеводный сфинктер представляет собой участок в 3-4 см, расположенный в месте пищеводно-желудочного перехода и содержащий

мышечную ткань, способную к сокращениям. Давление в области нижнего пищеводного сфинктера в покое у различных людей варьируется от 10 до 30 мм рт. ст., в зависимости от давления внутри желудка. Продолжительные измерения давления в области нижнего пищеводного сфинктера показывают его значительную вариабельность во времени. Кроме того, на тонус сфинктера влияют внутрибрюшное давление, растяжение желудка, уровень гормонов, различная пища и многие лекарственные вещества. За поддержание тонуса нижнего пищеводного сфинктера отвечают как собственные мышечные структуры, так и воздействие со стороны нервной системы (в основном со стороны блуждающего нерва).

ГЭРБ развивается в том случае, если давление в области нижнего пищеводного сфинктера снижается как за счет напряженного, так и свободного рефлюкса. Напряженный рефлюкс возникает в случае, когда ввиду сниженного тонуса сфинктер раскрывается в момент резкого увеличения внутрибрюшного давления (при кашле, чихании, натуживании). Свободный рефлюкс возникает только в случае резкого снижения давления в области нижнего пищеводного сфинктера по сравнению с внутрижелудочным давлением. Следует отметить, что у большого числа людей, страдающих ГЭРБ, напряженный или свободный рефлюкс возникает в случае периодического снижения давления в области нижнего пищеводного сфинктера по причине определенной пищи, медикаментов или привычек.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и другие анатомические причины

Исследования в области физиологии в 80-х годах показали, что существуют две гипотезы, объясняющие, как сохраняется форма и функции пищеводно-желудочного соединения: с помощью собственных мышечных волокон нижнего пищеводного сфинктера и с помощью механической поддержки сфинктера со стороны диафрагмы. Последнее проявляется во время расширения пищевода, рвоты и отрыжки, и происходит под контролем нервной системы. С другой стороны сокращение мышц диафрагмы препятствует давлению со стороны

брюшной полости при натуживании или кашле (состояниях, повышающих внутрибрюшное давление).

Клиническое значение роли внешнего давления в области пищеводно-желудочного соединения становится явным при наличии патологии со стороны диафрагмы - грыжи пищеводного отверстия. У пациентов с грыжей такого типа наблюдается прогрессивное ухудшение функций в области перехода пищевода в желудок, в той части, где имеется грыжа. Это происходит потому, что при наличии грыжи мышечная часть диафрагмы, которая в норме обеспечивает за счет внешнего давления нормальную работу нижнего пищеводного сфинктера, отодвигается от него, что приводит к снижению тонуса сфинктера.

С другой стороны наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы нарушает антирефлюксную защиту пищевода путем снижения давления внутри пищеводно-желудочного перехода. Грыжа уменьшает длину пищеводно-желудочного соединения в области нижнего пищеводного сфинктера.

Кроме того, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы предрасполагает к развитию гастроэзофагеального рефлюкса путем увеличения частоты спонтанных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера, при которых происходит заброс кислоты из желудка. Хотя спонтанные расслабления нижнего пищеводного сфинктера у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы происходят несколько чаще, основным фактором, способствующим забросу кислоты в пищевод у этих пациентов является рефлюкс во время расслабления нижнего пищеводного сфинктера при акте глотания в период снижения тонуса сфинктера при повышении давления в брюшной полости или без него.

Задержка пищевых масс в желудке

Задержка пищевых масс в желудке (то есть замедление процесса продвижения пищи из желудка далее в кишечник) может способствовать развитию ГЭРБ, так как сопровождается растяжением желудка, что может вызвать: 1) увеличение разницы давления между желудком и пищеводом; 2) увеличение объема желудка

и соответственно объема содержимого желудка, потенциально способного попасть в пищевод; 3) увеличение частоты спонтанных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера; 4) увеличение выработки кислоты в желудке.

Пищеводный клиренс

После того, как произошел заброс кислотного содержимого из желудка в пищевод, необходимо определенное время для очищения пищевода от кислоты (пищеводный клиренс). Это время, пока слизистая оболочка пищевода подвергается воздействию кислоты, называется временем пищеводного клиренса.

Пищеводный клиренс начинается с перистальтики (мышечных сокращений в определенном, в данном случае в сторону желудка, направлении) пищевода, с помощью которой происходит освобождение пищевода от попавшей туда вследствие рефлюкса кислоты. Клиренс завершается разбавлением оставшейся кислоты заглатываемой слюной. Попадание слюны изо рта в пищевод улучшает пищеводный клиренс и в большей степени, чем перистальтика, способствует восстановлению нормальной кислотности (рН) в пищеводе. Требуется около 7 мл слюны для того, чтобы нейтрализовать 1 мл соляной кислоты; наполовину нейтрализация происходит за счет бикарбоната (вещества, обладающего щелочной реакцией), содержащегося в слюне. Обычная скорость слюноотделения составляет 0,5 мл/мин. Таким образом, в норме вещества, усиливающие слюноотделение (леденцы или сосательные таблетки, жвачка и др.), ускоряют пищеводный клиренс, в то время как пониженное слюноотделение или замена слюны на эквивалентное количество воды замедляют очищение пищевода от кислоты. Во время сна слюноотделение практически останавливается, но благодаря выработке бикарбоната железами слизистой оболочки пищевода в некоторой степени пищеводный клиренс все же продолжается.

На сегодняшний день известны две основные причины удлинения пищеводного клиренса - задержка пищевых масс в пищеводе и ухудшение слюноотделительной функции.

Задержка пищевых масс в пищеводе

Предположение о том, что ухудшение эвакуации содержимого пищевода играет роль в развитии рефлюксной болезни, возникло исходя из того факта, что состояние больных улучшается при изменении положения тела, когда в вертикальном положении содержимое пищевода легче проходит в желудок под воздействием силы тяжести. Были определены два основных механизма задержки продвижения содержимого пищевода в желудок: нарушение перистальтики и обратный рефлюкс, связанный с невправляющейся грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Нарушению перистальтики пищевода были посвящены некоторые исследования, в которых было показано, что значительное ослабление перистальтики приводит к задержке пищевых масс в пищеводе. Был определен механизм, названный неэффективным сокращением пищевода, при котором более 30% мышечных сокращений пищевода имели значительно сниженную силу. Доказательством этой теории также послужил анализ результатов лечения эзофагитов, который показал в некоторых случаях отсутствие эффекта от применения терапии, направленной на снижение кислотности, и от хирургического лечения.

Наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы также приводит к задержке пищевых масс в пищеводе. Исследование кислотности пищевода, а также другие инструментальные исследования показали, что ухудшение пищеводного клиренса было вызвано забросом содержимого из кармана, образованного грыжей, во время акта глотания.

5. Предрасполагающие факторы.

Образ жизни: злоупотребление алкоголем; курение; неправильная осанка (сутулость).

Прием некоторых лекарственных препаратов: блокаторов кальциевых каналов (верапамил, амлодипин, дилтиазем, кордафен); препаратов, содержащих

теофиллин (теопэк, теотард); нитратов (нитроглицерин, нитросорбид); антигистаминных препаратов (супрастин, фенкарол).

Погрешности в диете: употребление жирной и жареной пищи; шоколада; лука и чеснока; кофеинсодержащих напитков (кофе, черный чай, кока-кола); продуктов, содержащих большое количество кислот (цитрусовые, томаты); острой пищи.

Пищевые привычки: употребление больших порций; прием пищи незадолго до сна.

Сопутствующие состояния: наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; беременность; сахарный диабет; быстрое увеличение веса.

Беременность очень часто предрасполагает к развитию ГЭРБ - 50-80% беременных жалуются на изжогу. При увеличении матки происходит увеличение внутрибрюшного давления, что способствует возникновению рефлюкса. Кроме этого, при беременности снижается тонус нижнего пищеводного сфинктера, и пища дольше задерживается в желудке. Это происходит, по всей видимости, потому, что при беременности увеличивается выработка определенных гормонов.

Склеродерма (заболевание соединительной ткани) также часто способствует развитию ГЭРБ. Это связано с нарушением перистальтики пищевода и снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Такие нарушения не являются специфическими при склеродерме и могут развиваться при любом заболевании соединительной ткани.

Синдром Шагрена, редкое заболевание, сопровождающееся снижением выработки слюны, предрасполагает к развитию ГЭРБ вследствие увеличения продолжительности пищеводного клиренса, и является фактором риска развития эзофагита.

Таким образом, к развитию ГЭРБ предрасполагают состояния, при которых либо нарушается защитный (антирефлюксный) барьер, либо увеличивается продолжительность пищеводного клиренса. Исключением является синдром

Золингера-Эллисона, при котором решающую роль играет именно количество и состав забрасываемого в пищевод содержимого.

6.Классификация

Новая клинко-эндоскопическая классификация, которая подразделяет ГЭРБ на три группы:

- неэрозивная, наиболее частая форма (60% всех случаев ГЭРБ), к которой относят ГЭРБ без признаков эзофагита и катаральный РЭ;
- эрозивно-язвенная форма (34%), включая ее осложнения: язва и стриктура пищевода;
- пищевод Баррета (6%) — метаплазия многослойного плоского эпителия на цилиндрический в дистальном отделе как следствие ГЭРБ (выделение этой ПБ связано с тем, что эта форма метаплазии рассматривается как предраковое состояние).

Классификация РЭ по Savary-Miller в модификации Carisson и соавт.

Степень тяжести	Характеристика изменений
0 степень	Признаки РЭ отсутствуют
I степень	Одно или несколько отдельных линейных повреждений (эрозий) слизистой оболочки с эритемой, часто покрытых экссудатом, занимающих менее 10% окружности дистального отдела пищевода
II степень	Сливные эрозивные повреждения слизистой оболочки пищевода, занимающие 10-50% окружности его дистального отдела

III Множественные эрозивные повреждения, занимающие
степень практически всю окружность дистального отдела пищевода

IV Осложненные формы рефлюкс-эзофагита: язва, стриктура, ПБ
степень

7. Клиническая картина

Для ГЭРБ характерно то, что выраженность клинических симптомов не зависит от тяжести изменений в слизистой оболочке пищевода. Симптомы заболевания не позволяют дифференцировать неэрозивную рефлюксную болезнь от рефлюкс-эзофагита.

Пищеводные симптомы ГЭРБ

Характерные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни - изжога, отрыжка, срыгивание, болезненное и затрудненное прохождение пищи - являются мучительными для пациентов, значительно ухудшают качество их жизни, снижают эффективную работоспособность. Особенно значительно снижается качество жизни больных ГЭРБ с ночной симптоматикой.

Изжога является наиболее характерным симптомом, встречается у 83 % больных и появляется вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого со слизистой пищевода. Характерным для данного симптома является усиление при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении.

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

Срыгивание пищи, наблюдаемое у некоторых больных ГЭРБ, усиливается при физическом напряжении и при положении, способствующем регургитации.

Дисфагия наблюдается у 19% пациентов с ГЭРБ. Характерной особенностью данного симптома является его перемежающийся характер. Основой такой дисфагии является дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию. Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

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

Внепищеводные симптомы ГЭРБ:

К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относятся боли за грудиной, подобные стенокардитическим и бронхолегочные осложнения.

Боли в грудной клетке некоронарогенного происхождения в большинстве случаев связаны именно с патологией пищевода. Боли за грудиной могут иррадиировать в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки; нередко имитируют стенокардию. Для эзофагеальных болей характерны связь с приёмом пищи, положением тела и купирование их приёмом щелочных минеральных вод и антацидов.

К бронхолегочным проявлениям ГЭРБ относят хронический кашель, бронхообструкцию, пневмонии, дисфонию. Гастроэзофагеальный рефлюкс выявляется у 30-90% больных бронхиальной астмой, предрасполагая к более тяжелому течению лёгочного заболевания. Общеизвестными причинами развития бронхообструкции при ГЭРБ являются рефлкторный механизм и микроаспирация. Бронхолегочные проявления могут выступать единственным клиническим признаком гастроэзофагеального рефлюкса и обуславливать недостаточную эффективность лечения бронхиальной астмы.

8. ГЭРБ - этапы диагностики

История развития заболевания (анамнез заболевания: как и когда оно началось, как протекало, чем пациент лечился и т.д.) является важным этапом диагностики ГЭРБ и помогает подобрать в дальнейшем адекватное лечение. Однако у некоторых пациентов, как уже было указано выше, ГЭРБ может проявляться атипичными симптомами, которые они могут не связывать с рефлюксной болезнью, поэтому для того, чтобы определить наличие патологического рефлюкса, требуется дополнительное обследование. Тщательное обследование требуется и в случае длительно существующей изжоги, не поддающейся обычному лечению, для исключения развития пищевода Баррета, а также при наличии таких симптомов, как дисфагия, одинофагия, желудочно-кишечное кровотечение и необъяснимая потеря веса.

ГЭРБ - рентгеновское контрастное исследование с барием

Использующееся в диагностике рентгеновское контрастное исследование с барием помогает определить наличие стриктур или язв пищевода, однако, является недостаточно информативным в плане диагностики эзофагита или пищевода Баррета.

ГЭРБ - Эндоскопическое исследование

Эндоскопическое исследование - один из важнейших инструментальных методов диагностики ГЭРБ, позволяющий как определить наличие осложнений, так и исключить другие заболевания.

Эндоскопическое исследование для подтверждения эрозивного эзофагита при ГЭРБ является высокоспецифичным - ложноположительные результаты встречаются при повреждении слизистой оболочки пищевода вследствие инфекционного или лекарственного эзофагита.

Следует отметить, однако, что у пациентов с ГЭРБ эзофагит, который можно определить при эндоскопическом исследовании, встречается только в 30-40% случаев. Кроме того, при эндоскопическом исследовании выявляются даже минимальные изменения слизистой оболочки пищевода, которые нельзя

квалифицировать как эзофагит. И поскольку существует множество классификаций, определяющих присущие эзофагиту изменения слизистой оболочки, возникают сложности в трактовке полученных при эндоскопическом исследовании результатов.

При наличии у пациентов атипичных симптомов или осложнений ГЭРБ кроме эндоскопического исследования используются и другие методы диагностики. При этом перед лечащим врачом обычно встают два вопроса: 1) являются ли данные атипичные симптомы признаком ГЭРБ или другого заболевания; 2) почему у некоторых пациентов лечение не оказывает должного эффекта.

ГЭРБ - тест Бернштейна

Он заключается в введении в пищевод слабого раствора соляной кислоты с целью спровоцировать возникновение характерных для ГЭРБ симптомов (изжоги, боли за грудиной), которые исчезают после введения физиологического раствора. Чувствительность и специфичность теста составляет около 80% у всех пациентов ГЭРБ, однако чувствительность теста снижается при наличии атипичных симптомов. Как и при эндоскопическом исследовании, этот тест является достаточно надежным в случае положительного результата, однако, отрицательный результат теста не исключает наличие ГЭРБ.

ГЭРБ - 24-часовое рН-мониторирование

24-часовое рН-мониторирование (измерение в течение суток кислотности в пищевode) - наиболее распространенный, высокочувствительный и специфичный, тест для определения патологического гастроэзофагеального (желудочно-пищеводного) рефлюкса и наличия связи существующих симптомов с рефлюксом. При проведении теста пациент может вести свой обычный образ жизни, принимать пищу и спать. О наличии у пациента патологического рефлюкса свидетельствует снижение уровня рН ниже определенных значений.

Однако важным недостатком данного метода является то, что не существует совершенно определенных значений, при которых однозначно можно сделать

вывод о наличии ГЭРБ. Так у части пациентов с рефлюкс-эзофагитом отмечается нормальный уровень кислотности пищевода. Это связано с тем, что существует несколько причин возникновения симптомов рефлюксной болезни (как уже рассматривалось: длительное воздействие кислоты и снижение резистентности слизистой оболочки).

Несмотря на это суточное рН-мониторирование является на сегодняшний день «золотым стандартом» диагностики ГЭРБ. Основными целями проведения данного исследования является: зафиксировать патологический рефлюкс у пациентов без эндоскопических признаков эзофагита; оценить эффективность медикаментозного или хирургического лечения. Кроме того, данный метод помогает определить, насколько возникновение симптомов заболевания соотносится с моментами появления рефлюкса.

ГЭРБ - эмпирическая терапия

Еще одним диагностическим методом у пациентов с подозрением на ГЭРБ является назначение эмпирической терапии (чаще всего антисекреторной). Смысл эмпирической терапии заключается в назначении определенных лекарственных средств еще до момента точного установления диагноза, но при явном подозрении на наличие данного заболевания. Если такая терапия оказывается эффективной, диагноз подтверждается.

По данным исследований, 7-14-дневная терапия ингибиторами протонной помпы позволяет выявить пациентов, у которых может быть эффективен дальнейший курс лечения, включая тех, у которых при проведении рН-мониторирования не зафиксировано наличие рефлюкса.

Однако такой подход все же не является достаточным без стандартного диагностического обследования. Так, эмпирическое лечение, которое назначается при подозрении на ГЭРБ, может оказаться эффективным и при наличии язвенной болезни или злокачественных новообразований, то есть в конечном итоге

недостовверно подтвердить наличие ГЭРБ у пациента. Кроме того, такой метод неприменим для диагностики пищевода Баррета.

В общем, у пациентов с симптомами ГЭРБ следует проводить тщательный сбор анамнеза и можно назначать эмпирическую антирефлюксную терапию. Пациентам с длительно существующими или значительно выраженными симптомами целесообразно проводить эндоскопическое исследование. Суточное рН-мониторирование показано далеко не всем пациентам, но может быть информативно в случае неэффективности эмпирической антирефлюксной терапии или для оценки ее эффективности у пациентов с доказанным наличием патологического рефлюкса. Кроме того, этот метод показан при наличии атипичных симптомов. Пищеводная манометрия редко используется для диагностики ГЭРБ, за исключением случаев серьезного нарушения двигательной функции пищевода - для оценки его перистальтики перед хирургической операцией по поводу ГЭРБ.

9.Терапевтическое лечение

Цели лечения - обеспечение устойчивой ремиссии заболевания и дальнейшее излечение пациентов, предотвращение или устранение осложнений, повышение качества жизни.

Методы лечения:

- рекомендации пациентам об изменении стиля жизни;
- рекомендации больным о нежелательности приема препаратов с отрицательным эффектом на моторику пищевода и лекарств, которые могут повредить СО пищевода (тетрациклин, доксициклин, витамин С, хинидин, эстрогены, аспирин или другие НПВП, КСЛ, препараты железа и т.д.);
- прием антисекреторных препаратов (чаще - ингибиторы протонной помпы);
- прием прокинетиков, нормализующих расстройства моторики пищевода и желудка.

Диета и привычные интоксикации не оказывают влияния на симптомы ГЭРБ. Исключение из правила - те пациенты, которые сами замечают, что отказ от определенных продуктов приносит им облегчение. Целесообразно рекомендовать исключить большие объемы пищи, ее прием быстрыми темпами. Продукты питания должны иметь в своем составе большое количество белков. В связи с тем, что жир расслабляет НПС и замедляет моторику желудка, рационально снизить его содержание в рационе больных - продуктов, богатых жирами: цельное молоко, сливки, торты, пирожные; жирную рыбу и мясо: гусь, утка, свинина, баранина, жирная говядина. Необходимо также ограничить потребление остальных продуктов, снижающих давление НСП и оказывающих раздражающее действие на СО пищевода - напитки, содержащие кофеин (кофе, крепкий чай), шоколад, цитрусовые, томаты (кетчуп, томатная паста), лук, чеснок, жареные блюда, алкоголь; отказаться от газированных напитков. Пожилые больные и все пациенты с запорами должны включать в рацион продукты, содержащие достаточное количество пищевых волокон. Увеличение секреции слюны (с целью коррекции пищеводного клиренса) может быть достигнуто применением леденцов или жевательной резинки с кальцием.

Рекомендации по изменению образа жизни:

- сон с приподнятым более чем 15 см головным концом кровати или в положении на левом боку,
- отказ от курения,
- снижение массы тела, если имеется ожирение (достаточная физическая активность, коррекция калорийности суточного рациона),
- не лежать после еды в течение 1,5 час,
- избегать «перекусывания» в ночное время,
- не принимать пищу менее чем за 3 часа до сна,

В связи с невозможностью всегда исключить лекарства, которые могут повредить СО пищевода, целесообразно применять их

- только сидя или стоя;
- запивать достаточным количеством жидкости (100-150 мл и более);
- предпочесть жидкие или растворимые формы фармакологических препаратов.

Обследование и лечение больных с ГЭРБ обычно проводят в амбулаторно-поликлинических условиях. При неэффективности амбулаторного лечения и при наличии осложненного эзофагита больных целесообразно госпитализировать в стационары. Лечение ГЭРБ у больных с 1-3 стадией РЭ чаще консервативное.

10. Лекарственная терапия

Фармакотерапия ГЭРБ в соответствии с рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации (конец 2010 г.) зависит от ее формы и включает назначение прокинетиков, антисекреторных средств и антацидов (алгинатов).

Основной курс лечения, согласно рекомендациям Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по лечению ГЭРБ (2010 г.), составляет 4 - 8 нед. ИПП рекомендуется применять в стандартных дозировках 1-2 раза в день за 30-60 мин до завтрака, что значительно повышает кислотосупрессивный эффект.

Если при однократном суточном приеме имеется ночной кислотный прорыв (у больного появляются симптомы ГЭРБ, например, ночная изжога; ночные рефлюксы можно документировать с помощью 24-часового рН-мониторирования), пациенту назначают второй прием ИПП за 30-60 мин до обеда. При неэффективности двухразового приема ИПП можно назначить перед сном:

- блокатор H₂-рецепторов гистамина 3-го поколения фамотидин;
- прокинетики;

- антациды.

ИПП более эффективны в заживлении эрозий пищевода и купировании симптомов эрозивной формы ГЭРБ по сравнению с неэрозивной.

Проведение базисной терапии важно контролировать динамикой гистологической картины эпителия слизистой оболочки пищевода (устранение расширенных межклеточных пространств, являющихся гистологическим критерием рефлюкс-эзофагита).

Переход к поддерживающей терапии возможен только при достижении клинико-эндоскопической и гистологической ремиссии.

Курс поддерживающей терапии составляет 16-24 недели (в некоторых случаях - 52 недели и более). Дозировки ИПП приведены ниже:

- Омепразол 40-20мг/сут или
- Лансопразол 60-30мг/сут или
- Рабепразол 20-10мг/сут.

В настоящее время в Европе лицензированы для лечения ГЭРБ 5 стандартных доз ИПП (эзомепразол 40мг, лансопразол 30 мг, омепразол 20 мг, рабепразол 20 мг, пантопразол 40 мг) и одна двойная (омепразол 40 мг).

Если планируется длительный поддерживающий прием антисекреторных препаратов, то вначале проводится антихеликобактерная терапия во избежание атрофии слизистой оболочки желудка.

При резистентности больных к ИПП при эндоскопически негативной ГЭРБ оправдана монотерапия антацидами, а в более тяжелых случаях рекомендуется комбинированная терапия антацидами и блокаторами H₂-рецепторов гистамина. Несмотря на уменьшение объема межклеточного пространства при применении ИПП сохраняется висцеральная гиперчувствительность слизистой оболочки к соляной кислоте. Снижение эффективности ИПП может наблюдаться при

повышенной чувствительности слизистой оболочки пищевода. Гиперсенситивность можно выявить с помощью теста Бернштейна (см. выше). Использование висцеральных анальгетиков (трициклических антидепрессантов (амитриптилин и др.), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин (прозак, фрамекс и др.), пароксетин (паксил, рексетин и др.), флувоксамин (феварин и др.), циталопрам (ципрамил и др.), сертралин (асентра, золофт и др.) позволяет оптимизировать терапию у этих пациентов.

При сохранении «резистентности» на фоне адекватной терапии необходимо пересмотреть диагноз. Так, при отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта после 8-недельного курса антисекреторной терапии целесообразно провести дополнительное обследование (суточная рН-метрия, рН/импедансометрия, рН/билиметрия, манометрия) и исключить другие заболевания с аналогичной симптоматикой. У таких пациентов не исключаются синдром «Золлингера-Эллисона», ахалазия кардии, гастропарез, функциональная изжога, медикаментозный эзофагит, кожные заболевания с поражением пищевода.

Приём блокаторов H₂-рецепторов в качестве антисекреторных препаратов возможен, однако их эффект ниже, чем у ИПП. Комбинированное применение ИПП и блокаторов H₂-рецепторов нецелесообразно.

Прокинетики улучшают функцию НСП, стимулирует опорожнение желудка, но они эффективны только в состоянии комбинированной терапии. Прокинетики, безусловно, показаны для лечения больных ГЭРБ, сопровождающейся внепищеводными проявлениями. Предпочтительнее использовать ганатон (итоприда гидрохлорид) по 50 мг 3 раза в сутки до еды, мотилимум (домперидон) по 10 мг 3-4 раза в день - за 15-30 мин до еды и, в случае необходимости, перед сном. Метоклопрамид имеет больше побочных эффектов и в связи с этим менее предпочтителен.

Действие современных невсасываемых комбинированных антацидов основано на снижении агрессивных свойств не только соляной кислоты, но и других компонентов рефлюктата путём их абсорбции.

Антациды и альгинаты (препараты альгиновой кислоты) можно использовать в качестве симптоматического средства для купирования нечастой изжоги, хотя предпочтение необходимо отдавать приёму ИПП «по требованию». Антациды назначают 3 раза в день через 40-60 мин после еды и на ночь в случае возникновения изжоги и боли за грудиной. Они являются средствами «скорой помощи» при изжоге.

Среди массы безрецептурных антацидов предпочтительны гидроксид алюминия и магния в форме гелей (маалокс, ремагель, фосфалугель и др.) и сосательных таблеток (гелусил, гелусил-лак и др.).

Альгинаты при приеме внутрь быстро образуют альгинатный гелевый барьер на поверхности содержимого желудка, физически препятствующий возникновению ГЭР. Препараты альгиновой кислоты при смешении с соляной кислотой образуют пенную антацидную взвесь, плавающую на поверхности желудка. При возникновении рефлюкса она забрасывается в пищевод, где и оказывает лечебный эффект. В одном из исследований при оценке эффекта однократного приема альгинатов у больных с ГЭРБ показано, что комбинированный препарат, содержащий натрия альгинат, - гевискон купирует изжогу в среднем через 3,3 мин, гевискон форте - через 3,6 мин. Исходя из этих данных, можно предположить, что однократный прием альгината может быть использован в качестве быстрого теста для диагностики ГЭРБ, в основе патогенеза которой лежит патологический ГЭР.

При наличии у больных гастритических симптомов целесообразно дополнительно использовать прокинетики и/или ферментные препараты, не содержащие желчные кислоты. Для устранения замедленной моторно-эвакуаторной функции желудка используют прокинетики. При синдроме тонкокишечной чрезмерной

бактериальной пролиферации целесообразно применять про-, пре- или синбиотические средства.

У беременных, могут быть применены невсасывающиеся антациды (алмагель, фосфалугель, маалокс, гелюсил лак и др.) 3-4 раза в день и обязательно на ночь. В тяжелых случаях антациды сочетаются с прокинетиками.

11.Профилактика и диспансеризация

В связи с широким распространением ГЭРБ, приводящей к снижению качества жизни, и опасностью осложнений при тяжелых формах РЭ профилактика этого заболевания является весьма актуальной задачей.

Цель первичной профилактики ГЭРБ состоит в предупреждении развития заболевания. Первичная профилактика включает соблюдение следующих рекомендаций:

- соблюдение здорового образа жизни (отказ от курения и приема крепких алкогольных напитков);
- рациональное питание (избегать обильных приемов пищи, не есть на ночь, ограничить потребление очень острой и горячей пищи;
- снижение массы тела при ожирении;
- только по строгим показаниям осуществлять прием лекарств, вызывающих рефлюкс (антихолинергические, спазмолитические, седативные препараты, транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, β -адреноблокаторы, простагландины, нитраты) и повреждающих слизистую оболочку (нестероидные противовоспалительные препараты).

Цель вторичной профилактики ГЭРБ -снижение частоты рецидивов и предотвращение прогрессирования заболевания. Обязательным компонентом

вторичной профилактики является соблюдение вышеизложенных рекомендаций по первичной профилактике. Вторичная медикаментозная профилактика во многом зависит от степени выраженности РЭ.

«Терапия по требованию» используется для профилактики обострений при отсутствии эзофагита или легком эзофагите (РЭ 0-1 степени). Каждый приступ боли и изжоги следует купировать, поскольку это сигнал патологического закисления пищевода, способствующего прогрессирующему повреждению его слизистой оболочки. Тяжелый эзофагит (особенно РЭ III-IV степени) требует длительной, порой постоянной поддерживающей терапии ИПП или блокаторами H_2 -рецепторов в сочетании с прокинетиками.

Критериями успешной вторичной профилактики принято считать уменьшение числа обострений заболевания, отсутствие прогрессирования, снижение степени тяжести РЭ и предупреждение развития осложнений.

Больные ГЭРБ при наличии эндоскопических признаков РЭ нуждаются в диспансерном наблюдении с эндоскопическим контролем не реже одного раза в 2-3 года.

В особую группу следует выделять больных, у которых диагностирован ПБ. Эндоскопический контроль с проведением прицельной биопсии слизистой оболочки пищевода из зоны визуально измененного эпителия желателно проводить ежегодно (но не реже 1 раза в год), если при предыдущем исследовании отсутствовала дисплазия. При обнаружении последней эндоскопический контроль следует проводить чаще, чтобы не пропустить момента малигнизации. Наличие при ПБ дисплазии низкой степени требует эндоскопии с биопсией каждые 6 месяцев, а тяжелой дисплазии - через 3 мес. У больных с подтвержденной тяжелой дисплазией следует ставить вопрос об оперативном лечении.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь требует тщательного исследования и дифференциальной диагностики в постановке диагноза в связи с имеющимися схожими симптомами других заболеваний. Определенных подходов в лечении заболевания, соблюдения рекомендаций в питании и здорового образа жизни.

Список литературы

1. Бордин Д. С. Безопасность лечения как критерий выбора ингибитора протонной помпы больному гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью - www.gastroscan.ru/literature/authors/4375. Consilium Medicum. — 2015. — Том 12. — № 8.
2. Гриневич В. Клиническая и экспериментальная гастроэнтерология. № 5, 2014. - medi.ru/doc/09451604.htm.
3. Ивашкин В.Т, Т.Л. Лапина. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред.. М.: «ГЭОТАР медиа», 2014. - www.gastroscan.ru/ists.htm
4. Калинин А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, М., 2015. — 40 с. - www.gastroscan.ru/above6/kalinin.htm
5. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С, Машарова А.А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалю. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2016, 5: 4-10.
6. Маев И. В., Вьючнова Е. С., Щекина М. И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, 2015 - www.gastroscan.ru/ulcer/maev01.htm
7. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н., Кочетов С.А. Дифференцированная тактика лечения синдрома функциональной диспепсии. Мед. совет, 2014, 9: 13-20
8. Рапопорт С.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. (Пособие для врачей). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2014.
9. Стандарт медицинской помощи больным с гастроэзофагеальным рефлюксом (при оказании специализированной помощи). Утверждён Приказом Минздравсоцразвития РФ от 1 июня 2015 г. N 384 - gastroscan.ru/batra2/prikaz384.htm

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __7__ группы

Стульнева Тамара Николаевна

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо» (4).



(подпись)