

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

**Выполнил студент группы Л-514Б
Насибуллин Айдар Дамилович**

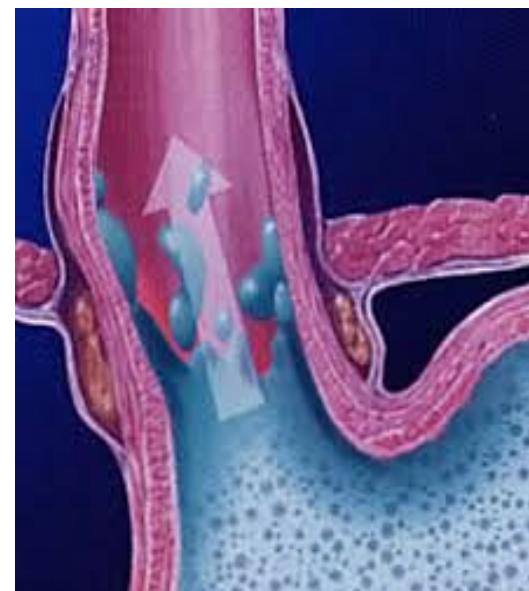


- Статистическая оценка показателей заболеваемости, посещаемости, обращаемости за мед. помощью, госпитализации, смертности от **Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

В городском округе г. Нефтекамска РБ за 2016 – 2017 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГЭРБ

- По распространенности ГЭРБ выходит на лидирующие позиции в ряду гастроэнтерологических заболеваний.
- Изжога - ведущий симптом ГЭРБ - выявляется у 20-40% населения развитых стран.
- В России распространенность ГЭРБ составляет 18-46%, причем у 45–80% больных с ГЭРБ обнаруживают эзофагит.



Определение

- **ГЭРБ** — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и ДПК, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагит), а у части больных — цилиндроклеточной метаплазии.

Кодирование по МКБ-10

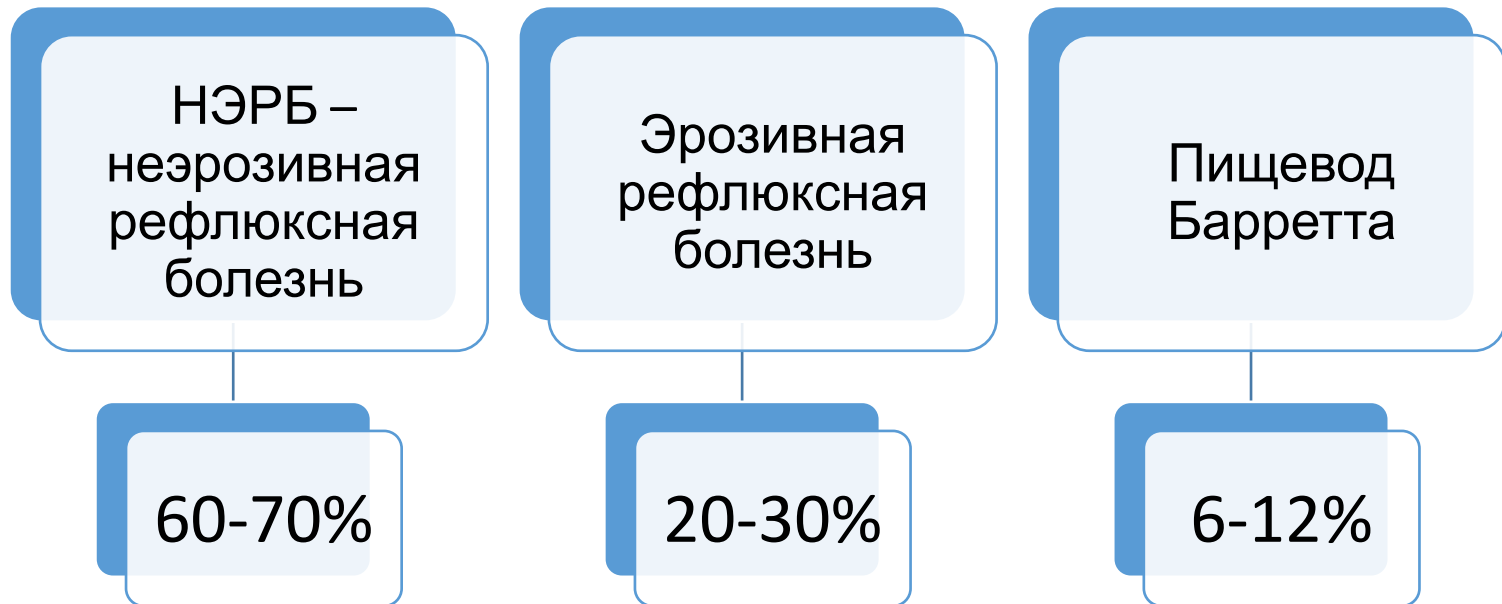
К21 Гастроэзофагеальный рефлюкс

К21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с
эзофагитом (рефлюкс-эзофагит)

К21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс
без эзофагита

К22.1 Язва пищевода

Структура ГЭРБ



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ГЭРБ

- ГЭРБ — кислотозависимое заболевание, при котором соляная кислота желудочного сока служит основным повреждающим фактором при развитии клинических симптомов и морфологических проявлений ГЭРБ. Патологический рефлюкс при этом возникает вследствие недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (НПС), т. е.
- ГЭРБ — заболевание с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ — патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод. Целостность СО пищевода обусловлена равновесием между факторами агрессии и способностью СО противостоять повреждающему действию содержимого желудка, забрасываемого при гастроэзофагеальном рефлюксе (ГЭР). Нарушение этого равновесия у большей части пациентов сопровождается существенным замедлением восстановления рН в дистальной части пищевода после каждого эпизода рефлюкса. Клиренс пищевода нарушается вследствие воздействия нескольких факторов:

- ослабления перистальтики грудного отдела пищевода
- снижения секреции слюны и муцина

Первым барьером, дающим цитопротективный эффект, является слой слизи, покрывающий эпителий пищевода и содержащий муцин. Слизистый слой является одним из ключевых составляющих химического клиренса пищевода и восстановления pH в нем до нормальных показателей, нарушение которого способствует ухудшению очищения пищевода от попавшего в него кислого, слабокислого или слабощелочного содержимого желудка. Секреция муцинов в слизи при ГЭРБ снижается в зависимости от тяжести эзофагита, что является дополнительным фактором, предрасполагающим к развитию эрозивного эзофагита в условиях продолжающегося ГЭР, поэтому дополнительное повышение защитных свойств слизистого барьера наряду с кислотосупрессией является важным компонентом лечения



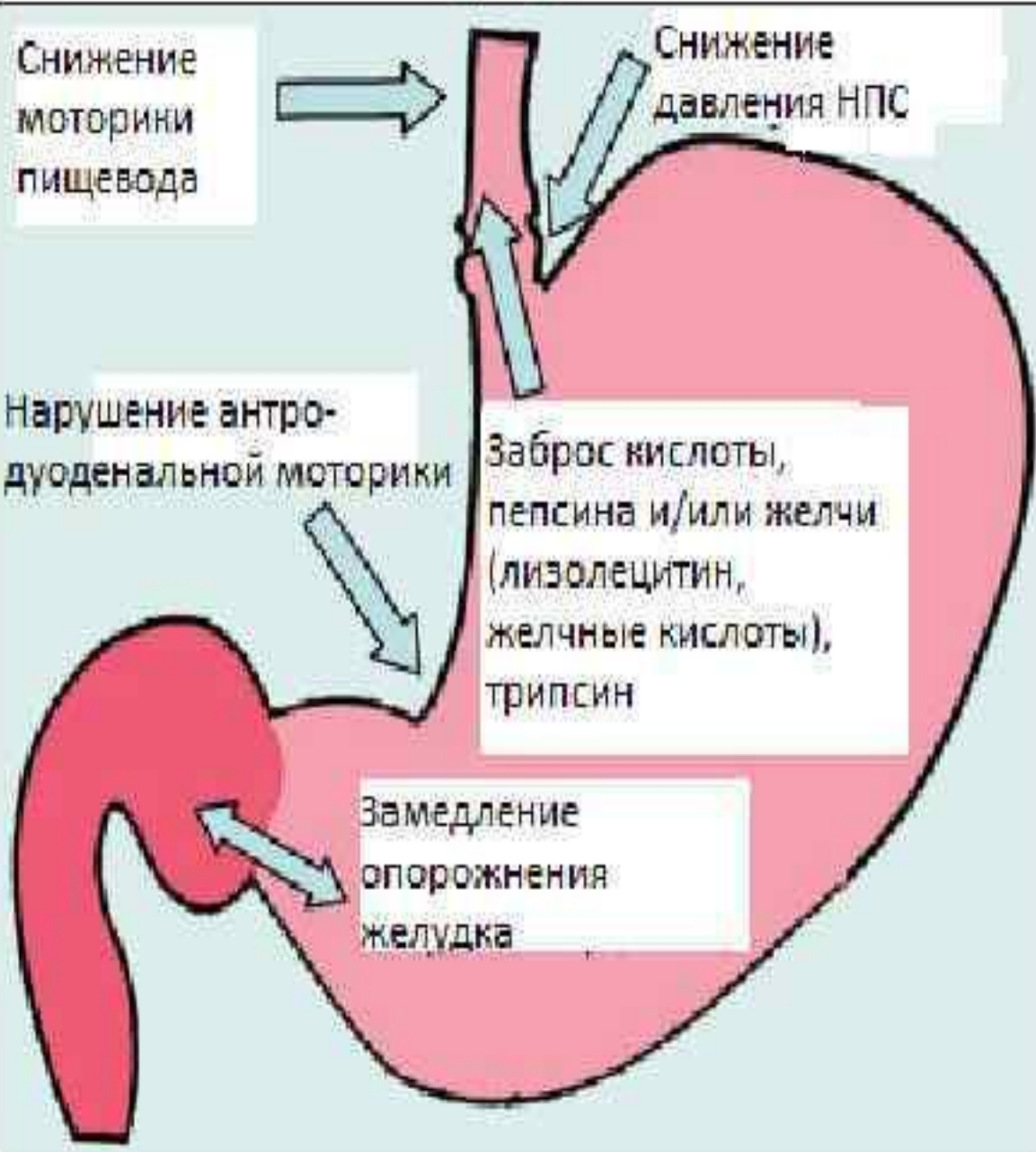
Снижение
моторики
пищевода

Снижение
давления НПС

Нарушение антро-
дуоденальной моторики

Заброс кислоты,
пепсина и/или желчи
(лизолецитин,
желчные кислоты),
трипсин

Замедление
опорожнения
желудка



**Снижение функции
антирефлюксного
барьера:**

- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере;
- увеличение числа эпизодов спонтанного расслабления нижнего пищеводного сфинктера

Снижение клиренса пищевода:

- химического;
- объёмного - за счёт угнетения вторичной перистальтики или снижения тонуса стенки грудного отдела пищевода

**Факторы
патогенеза
ГЭРБ**

**Повышение
внутрибрюшного
давления**

**Повреждающие
свойства рефлюктата**

**Особенности слизистой
оболочки пищевода**

**Нарушение
опорожнения желудка**

Кроме того, после приема пищи на поверхности содержимого желудка в зоне пищеводно-желудочного перехода образуется слой кислоты (средний рН 1,6), названный «кислотным карманом», который формируется и у здоровых людей, и у больных с ГЭРБ. Это область в полости желудка и/или зоне пищеводно-желудочного перехода, образующаяся после приёма пищи, которая характеризуется относительно высокой кислотностью и является резервуаром кислого содержимого, забрасываемого в пищевод во время ГЭР.

Клиническая картина



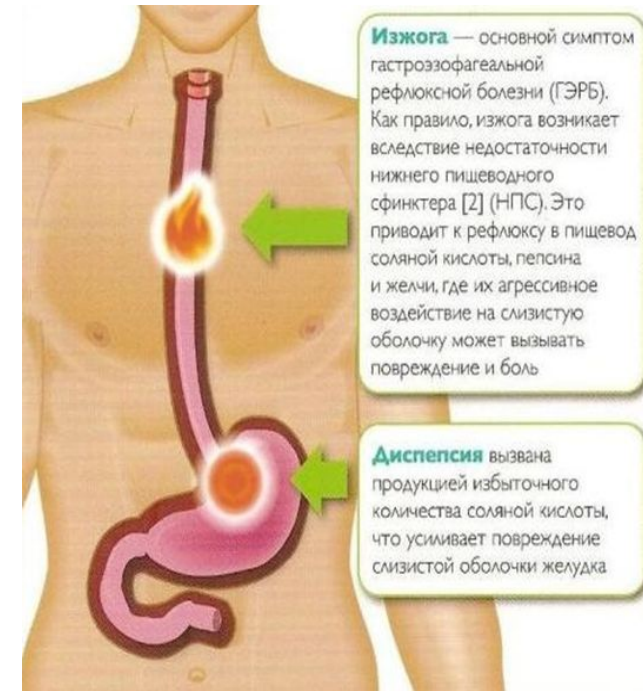
Пищеводные проявления

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



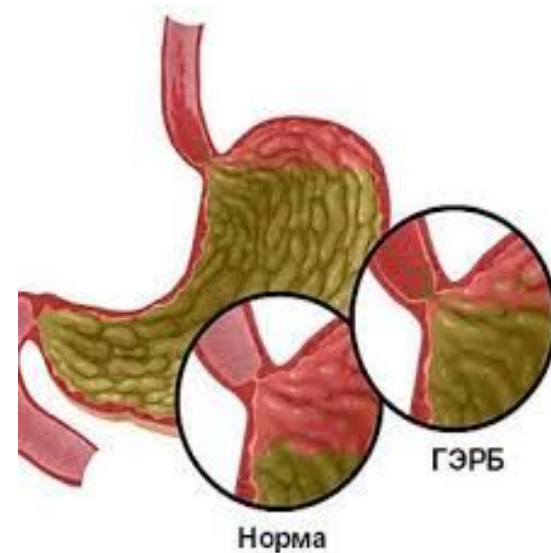
ИЗЖОГА

- Изжога - возникает вследствие длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4$) желудочного содержимого со слизистой пищевода.
- Типично усиление изжоги при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении.
- Интенсивность и частота изжоги (как дневной, так и ночной) прямо зависит от показателей индекса массы тела.



ОТРЫЖКА

- Обнаруживается у 52% больных.
- Отрыжка, как правило, усиливается после еды, приема газированных напитков.
- усиливается при физическом напряжении и при положении, способствующем



ДИСФАГИЯ И ОДИНОФАГИЯ

- В основе возникновения лежит гипермоторная дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию,
- Боли в грудной клетке возникают вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторично эзофагоспазма).
- Пусковым моментом эзофагоспазма является продолжительный желудочно-пищеводный рефлюкс.
- Причиной одинофагии может быть эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки.
- Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.



БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

- Для ГЭРБ одним из характерных симптомов служит боль в эпигастрии, появляющаяся в проекции мечевидного отростка после еды и усиливающаяся при наклонах, подъеме тяжести, после чего возникает изжога.

Внепищеводные проявления заболевания

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



БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- кашель,
- частые бронхиты,
- пневмонии,
- бронхиальная астма,
- легочный фиброз.
- Доказано увеличение риска заболеваемости бронхиальной астмой, а также тяжести ее течения у больных ГЭРБ.
- Гастроэзофагеальный рефлюкс выявляется у 30-90% больных бронхиальной астмой, предрасполагая к ее более тяжелому течению.

ЛОР - проявления

- Першение в горле,
- осиплость или потеря голоса,
- грубый лающий кашель
- формирование язв,
- гранулемы голосовых связок,
- стенозирование отделов, расположенных дистальнее голосовой щели.
- ларингит (78% пациентов с хронической охрипlostью имеют симптомы ГЭРБ).
- Причиной хронического ринита, рецидивирующих отитов, оталгии, может являться патологической ГЭР.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Стоматологический синдром проявляется поражением зубов вследствие повреждения зубной эмали агрессивным желудочным содержимым.
- У больных ГЭРБ возможен кариес, развитие халитоза, дентальных эрозий.
- В редких случаях развивается афтозный стоматит.



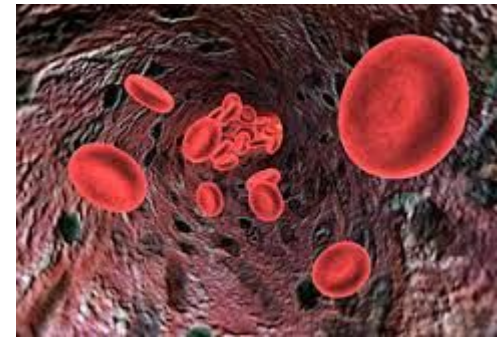
КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЭРБ

- Боли за грудиной, по ходу пищевода могут создавать впечатление коронарных болей, так называемый симптом «non-cardiac chest pain».
- Эти боли обусловлены спазмом пищевода, купируются нитратами, но в отличие от стенокардии не связаны с физической нагрузкой, ходьбой.
- В результате эзофагокардиального рефлекса может возникать аритмия.



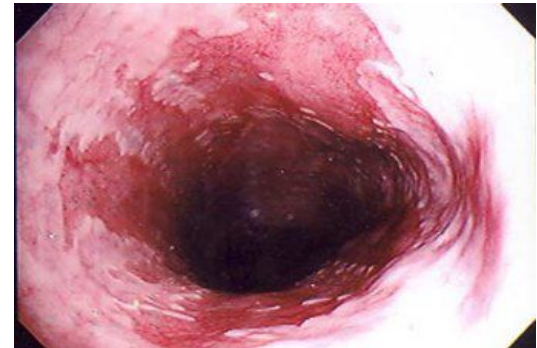
АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

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



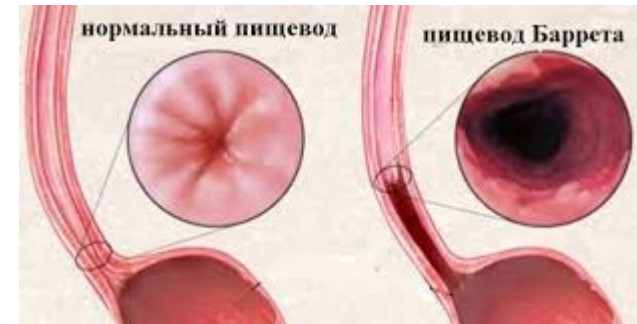
Пищевод Барретта

- Пищевод Барретта - развитие цилиндрического (железистого) метаплазмированного эпителия в слизистой оболочке пищевода, повышающее в последующем риск развития АКП.
- Примерно 95% случаев АКП диагностируется у больных с пищеводом Барретта.
- Основную роль в профилактике и ранней диагностике рака пищевода играет диагностика и эффективное лечение пищевода Барретта.



Эффективность ИПП при пищеводе Барретта

- После применения ИПП у больных пищеводом Барретта отмечается снижение уровня маркеров пролиферации, отсутствующее у тех пациентов, у которых сохраняется стойкий патологический кислотный рефлюкс ($\text{pH} < 4$).
- Длительное применение ИПП может приводить к частичной регрессии ограниченного участка цилиндрической метаплазии.



Распространённость в мире

- В отношении распространённости ГЭРБ имеются существенные географические различия, причём распространённость в Западном полушарии и Европейских странах заметно превосходит восточноазиатский регион. В России распространённость ГЭРБ составляет в среднем 13,3%, при том, что в Московском регионе достигает 23,6%, что является одним из самых высоких значений среди западной популяции (см. таблицу)

Регион	Распространённость, %
Северная Америка	18,1—27,8
Европейские страны	8,8—25,9
Южная Америка	23
Средний Восток	8,7—33,1
Австралия	11,6
Восточноазиатские страны	2,5—7,8
Россия	11,3—14,3

Диагноз Гастроэзофагеальный рефлюкс ставится мужчинам на 5.26% чаще чем женщинам по РФ

- 885 773 мужчин имеют диагноз Гастроэзофагеальный рефлюкс. Для 1 579 из них этот диагноз смертелен
- 0.18 % - смертность у мужчин при заболевании Гастроэзофагеальный рефлюкс
- 841 536 женщин имеют диагноз Гастроэзофагеальный рефлюкс Для 2 453 из них этот диагноз смертелен.
- 0.29 % - смертность у женщин при заболевании Гастроэзофагеальный рефлюкс

Статистика по городскому округу Нефтекамск.

- **Распространенность Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

среди женщин и мужчин приблизительно одинаковая 3-4,5%

Возрастной фактор и половая принадлежность определяют повышенный риск развития ГЭРБ у мужчин. В возрасте 20-30 лет ГЭРБ развивается у 1,4% мужчин, после 40 лет – у 3-4%, а после 60-65 лет – 4-7%. В возрастной группе до 40 лет ГЭРБ чаще встречается у мужчин примерно на 5-7%.

- **Взрослое население (18 лет и старше) – всего 42.**
- **Мужчины – 15 (2016г); 17 (2017г).**
- **Женщины – 8 (2016г); 12 (2017г)**

- **Пролечено в дневном стационаре:**

- 0 (2016г); 0 (2017г)

- **Пролечено в стационаре:**

- 17 (2016г); 8(2017г)

- **Пролечено в стационаре на дому:**

- 27 (2016 – 2017гг)

- **Смертность на участке:**

- 0 (2016г); 0 (2017г)

- **Из всего умерших от всех причин, умерших от ГЭРБ:**

- 0 (2016);

- 0 (2017).

- **Количество вызовов скорой медицинской помощи на участке:**

- 23 (2016);

- 29 (2017).

Диагностика ГЭРБ

Эндоскопическое исследование

У больных, предъявляющих жалобы на изжогу, при эндоскопическом исследовании могут отмечаться признаки рефлюкс-эзофагита различной степени выраженности.

В их число входят гиперемия и рыхлость СО пищевода (катаральный эзофагит), эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести — с 1-й/А по 4-ю/Д стадию — в зависимости от площади поражения), наличие экссудата, фибрина или признаков кровотечения

РН-МЕТРИЯ

Основным методом диагностики ГЭР служит рН-метрия. Исследование можно проводить как амбулаторно, так и в стационарных условиях. При диагностике ГЭР результаты рН-метрии оценивают по общему времени, в течение которого сохраняется $\text{pH} < 4,0$, общему количеству рефлюксов за сутки, количеству рефлюксов продолжительностью более 5 мин, наибольшей длительности рефлюкса.


Основные показания к проведению рН-метрии:

- характерные проявления ГЭРБ в отсутствие эндоскопических изменений в пищеводе;
- внепищеводные проявления ГЭРБ: боль в груди, не связанная с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
- планируемое хирургическое лечение ГЭРБ и контроль эффективности лечения при сохраняющихся симптомах заболевания;
- подбор лекарственных препаратов и контроль эффективности проводимого консервативного лечения

РН-ИМПЕДАНСОМЕТРИЯ

Импедансометрия пищевода — метод регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанный на измерении сопротивления (импеданса), которое оказывает электрическому току содержимое желудка, попадающее в просвет пищевода. Это методика диагностики рефрактерной ГЭРБ, позволяющая определять эпизоды рефлюксов в пищевод независимо от значения рН рефлюктата, а также физическое состояние (газ, жидкость) и клиренс болюса, попавшего в пищевод во время рефлюкса.

Лечение ГЭРБ

- необходимо снизить массу тела, если она избыточна, и прекратить курение.
 - избегать употребления томатов в любом виде, кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца.
 - исключить употребление алкоголя, очень острой, горячей или холодной еды и газированных напитков.
 - избегать переедания;
 - прекратить прием пищи за два часа до сна.
 - Необходимо соблюдать 3-4 разовое питание без перекусов.
- 

Алгоритм лечения ГЭРБ

Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации

Диагноз	Указание на наличия эзоф. в анам	Вариант лечения	Вариант поддерживающей терапии	Диспанс наблюд
НЭРБ	—	ИПП 20-40 мг в день + прокинетик + антацид, сорбент 4 недели	—	По обращ-ти
ГЭРБ Эрозивный эзофагит 1 ст.	Нет	ИПП 20-40 мг в день + прокинетик + антацид, сорбент 4 недели	ИПП 20 мг	1 раз в год
	Есть	ИПП 20-40 мг в день + прокинетик + антацид, сорбент 4 недели	ИПП 20 мг в день + прокинетик + антацид, сорбент 8-16 нед	1 раз в год
ГЭРБ Эрозивный эзоф. 2-3 ст.	—	ИПП 20-40 мг в день + прокинетик + антацид, сорбент 8 недель	ИПП 20 мг в день + прокинетик + антацид, сорбент 24 недели	1 раз в год
ГЭРБ Эроз. эзоф. 2-3 ст. Язва пищев., пептич стрик, п-д Баррета	—	ИПП 20-40 мг в день + прокинетик + антацид, сорбент 8 недель	ИПП 20 мг в день + прокинетик + антацид, сорбент 24-52 недели	1 раз в год

Рабепразол

- наиболее быстро купирует изжогу при эрозивной и неэрозивной формах ГЭРБ по сравнению с другими ИПП,
- через 8 нед. лечения в дозе 20 мг наблюдается заживление эрозий у 87-100% больных,
- в дозе 10 мг в сутки предотвращается развитие рецидивов в течение года у 95% пациентов, в течение пяти лет - у 90%.

ИПП и клопидогрель

- ИПП могут влиять на фармакокинетику клопидогреля¹
- Имеющиеся данные позволяют говорить о потенциально клинически значимом лекарственном взаимодействии между ИПП и клопидогрелем¹
- Эти данные более убедительны для омепразола и эзомепразола³, и согласно Европейским рекомендациям следует избегать сочетания данных ИПП с клопидогрелем
- Рабепразол в силу своего преимущественно неферментного метаболизма может отличаться более благоприятным профилем безопасности^{4,5}

Нарушения моторики

- 28% пациентов НЭРБ с подозрением на резистентность к ИПП имели первичные нарушения моторики пищевода (Kawamura O, Hosaka H, 2015).
- ИПП достоверно влияют на изжогу, как основной симптом ГЭРБ, но не влияют достоверно на регургитацию (Kahrilas PJ, Howden CW, 2011) которая проявляется отрыжкой и характеризует нарушения моторики.
- Комбинированная терапия ИПП с прокинетиком повышает удовлетворенность лечения ГЭРБ (Miyamoto M, Haruma K, 2008)



ПРОКИНЕТИКИ

-группа фармакологических препаратов, которые на разных уровнях и с помощью различных механизмов усиливают двигательную, прежде всего пропульсивную активность ЖКТ;

Эффекты прокинетиков:

- ↑ тонуса НПС;
- ↑ эвакуаторной функции желудка;
- ↑ антродуоденальной координации;
- ↑ перистальтики кишки;
- ↑ сократительной способности ЖП.

По механизму действия различаются следующие группы прокинетиков

1 группа. блокаторы допаминовых рецепторов

- неселективные (метоклопрамид);
- селективные 1-го поколения (домперидон);
- селективные 2-го поколения (итоприда гидрохлорид)

2 группа. агонисты 5-НТ4-рецепторов;

- тагесерод. Рассматривается как один из наиболее эффективных препаратов для лечения СРК с запорами.

3 группа . Антагонисты 5-НТ3 рецепторов


- ондансетрон, трописетрон, алосетрон. Данные препараты эффективны при лечении больных с СРК с доминирующей диареей.

2 и 3 гр. препаратов в России не применяются

Итоприд

- таб., покр. оболочкой, 50 мг: 40 или 100 шт.
- **Фармакологическое действие:** Усиливает моторику ЖКТ. Обладает противорвотным эффектом за счет взаимодействия с D₂-рецепторами. Оказывает специфическое действие на верхние отделы ЖКТ, ускоряет транзит по желудку, улучшает его опорожнение.
- **Показания:** симптоматическое лечение функциональной неязвенной диспепсии (хронического гастрита): метеоризм, гастралгия, ощущение дискомфорта в эпигастральной области, анорексия, изжога, тошнота, рвота.
- **Режим дозирования:** внутрь, до еды, по 1 таб. 3 раза/сут. Суточная доза препарата составляет 3 таб. (150 мг).
- **Лекарственное взаимодействие**
- Ускоряет всасывание других лекарственных средств.
- Прокинетическое действие препарата не изменяется под воздействием средств, снижающих кислотность желудочного сока (циметидин, ранитидин, тепренон, цетраксат).

АНТАЦИДЫ, АЛЬГИНАТЫ, СОРБЕНТЫ

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

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

