



Заболевания пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Баррета, первичные нарушения моторики пищевода). Введение больных в амбулаторных условиях

д.м.н. Горбань В.В.

УМК

**ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Кафедра поликлинической терапии
с курсом ОВП (семейная медицина)
ФПК и ППС**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Дисфагия – расстройство глотания

Одинофагия

Боль

Изжога

Отрыжка

Срыгивание (регургитация) и руминация

Пищеводная рвота

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА

**НАРУШЕНИЯ ПЕРИСТАЛЬТИКИ ПИЩЕВОДА
СМЕЩЕНИЕ ОСИ (ДИСЛОКАЦИЯ) ПИЩЕВОДА
РАСШИРЕНИЕ ПИЩЕВОДА
СУЖЕНИЕ (СТЕНОЗ, СТРИКТУРА) ПИЩЕВОДА
НАРУШЕНИЕ РАСКРЫТИЯ КАРДИИ
СИНДРОМ НИШИ
СИНДРОМ ДЕФЕКТА НАПОЛНЕНИЯ
РЕФЛЮКС-СИНДРОМ**

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

МАНОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

РН- МЕТРИЯ ПИЩЕВОДА

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) –

**хроническое рецидивирующее
заболевание, характеризующееся
определенными**

**пищеводными и внепищеводными клиническими
проявлениями и разнообразными
морфологическими**

**изменениями слизистой оболочки пищевода
вследствие ретроградного заброса в него
желудочного или желудочнокишечного
содержимого.**

Код по МКБ 10 – К 21

К 21.0 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом

- ✓ Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%;
- ✓ 40% лиц постоянно (с различной частотой) испытывают изжогу - основной симптом ГЭРБ.
- ✓ Распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 40-60%, причем у 45-80% лиц с ГЭРБ обнаруживается эзофагит (в общей популяции населения распространенность эзофагита оценивается в 5-6%; при этом у 65-90% больных отмечается незначительно выраженный и умеренный эзофагит, 10-35% - тяжелый эзофагит).
- ✓ Распространенность пищевода Баррета среди лиц с эзофагитом приближается к 8% .

Основные причины развития ГЭРБ:

- 1. Снижение функции антирефлюксного барьера;**
- 2. Нарушение клиренса пищевода, развивающееся вследствие комбинации двух факторов: ослабления перистальтики грудного отдела пищевода и снижения секреции слюны;**
- 3. Повреждающие свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты, лизолецтин);**
- 4. Повышение внутрибрюшного давления, в частности вследствие наличия избыточной массы тела и ожирения;**
- 5. Нарушение опорожнения желудка;**
- 6. Неспособность слизистой оболочки пищевода противостоять повреждающему действию забрасываемого содержимого.**

Предрасполагающие факторы развития ГЭРБ:

- 1) преимущественно старший школьный возраст;**
- 2) мужской пол;**
- 3) отягощенная наследственность по заболеваниям ЖКТ;**
- 4) органическая патология гастродуоденальной зоны;**
- 5) органическая патология центральной нервной системы;**
- 6) вегетативная дисрегуляция;**
- 7) очаги хронической инфекции;**
- 8) ожирение;**
- 9) дисплазия соединительной ткани;**
- 10) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД).**

Провоцирующие факторы развития ГЭРБ:

- 1) нарушение режима и качества питания;**
- 2) состояния, сопровождающиеся повышением интраабдоминального давления (запоры, неадекватная физическая нагрузка, длительное наклонное положение туловища и т. д.);**
- 3) респираторная патология (бронхиальная астма, муковисцидоз, рецидивирующий бронхит и т.д.);**
- 4) некоторые лекарственные препараты (холинолитики, седативные и снотворные средства, β-адреноблокаторы, нитраты и т.д.);**
- 5) курение, алкоголь;**
- 6) СГПОД;**
- 7) герпесвирусная инфекция, грибковые поражения пищевода.**

Факторы агрессии:

ГЭР (кислотный, щелочной, смешанный);
гиперсекреция соляной кислоты;
агрессивное воздействие
лизолецитина, желчных кислот,
панкреатического сока;
некоторые лекарственные
препараты;
некоторые продукты питания.

Факторы «защиты»:

антирефлюксная функция кардии;
резистентность слизистой
пищевода;
эффективный клиренс;
своевременная эвакуация
желудочного содержимого.

Формы рефлюкса:

✓ **физиологический ГЭР**, не вызывающий развития рефлюксэзофагита;

✓ **патологический ГЭР**, который ведет к повреждению слизистой оболочки пищевода с развитием рефлюксэзофагита и связанных с ним осложнений.

Дифференциация рефлюкса в зависимости от значения pH :

✓Кислотный рефлюкс – в случае снижения pH в пищеводе до уровня 4,0 и менее вследствие попадания в его полость преимущественно кислого желудочного содержимого (с экспозицией рефлюктата более 5 мин). ! Главные повреждающие агенты: пепсин и соляная кислота желудка.

✓Щелочной рефлюкс – повышение pH в пищеводе до уровня более 7,5 при попадании в его полость преимущественно дуоденального содержимого. ! Главные повреждающие агенты: компоненты желчи (желчные кислоты, лизолецитин) и панкреатического сока (панкреатические ферменты).

✓Смешанный рефлюкс – комбинация первых двух вариантов.

Эзофагеальные (пищеводные) симптомы:

- ✓ изжога, регургитация;
- ✓ симптом «мокрого пятна»;
- ✓ отрыжка воздухом, кислым, горьким; периодическая боль за грудиной, боль или неприятные ощущения при прохождении пищи по пищеводу (одинофагия);
- ✓ дисфагия.

Экстраэзофагеальные (внепищеводные) симптомы:

- ✓ жалобы, свидетельствующие о вовлечении в процесс бронхолегочной системы, ЛОР-органов, полости рта и сердечнососудистой системы.

Внепищеводные проявления:

кашель,
ларингит, астма,
эрозии эмали
зубов



несомненно связанные
с желудочно-
пищеводным
рефлюксом

синусит,
легочный
фиброз,
фарингит, отит



вероятно
связанные с ГЭРБ

Степени выраженности рефлюкс–эзофагита (Лос–Анджелесская классификация, 1994:

A – один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода длиной не более 5 мм, ни один из которых не распространяется более чем на 2 складки слизистой оболочки;

B – один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, ни один из которых не распространяется более чем на 2 складки слизистой оболочки;

C – дефекты слизистой оболочки пищевода, распространяющиеся на 2 складки слизистой оболочки или более, которые в совокупности занимают менее 75 % окружности пищевода;

D – дефекты слизистой оболочки пищевода занимают как минимум 75 % окружности пищевода.

Критерии диагностики:

- ✓ Тест и ИПП (значительное уменьшение или полное исчезновение клинических проявлений рефлюкса после 1-2 недельного лечения);
- ✓ Спонтанный рефлюкс бариевой смеси во время рентгенологического исследования
- ✓ Эрозии и/или язвы СО пищевода во время эндоскопии
- ✓ Морфологические изменения пищевода по данным биопсии
- ✓ Снижение давления нижнего пищеводного сфинктера до 7 мм. рт.ст. во время исследования моторики пищевода
- ✓ pH менее 4,0 при проведении тест-рефлюкса кислоты в время 24-часового pH-мониторинга

! Для установления диагноза ГЭРБ достаточно наличия двух из вышеперечисленных критериев.

«Кислоточувствительный пищевод»

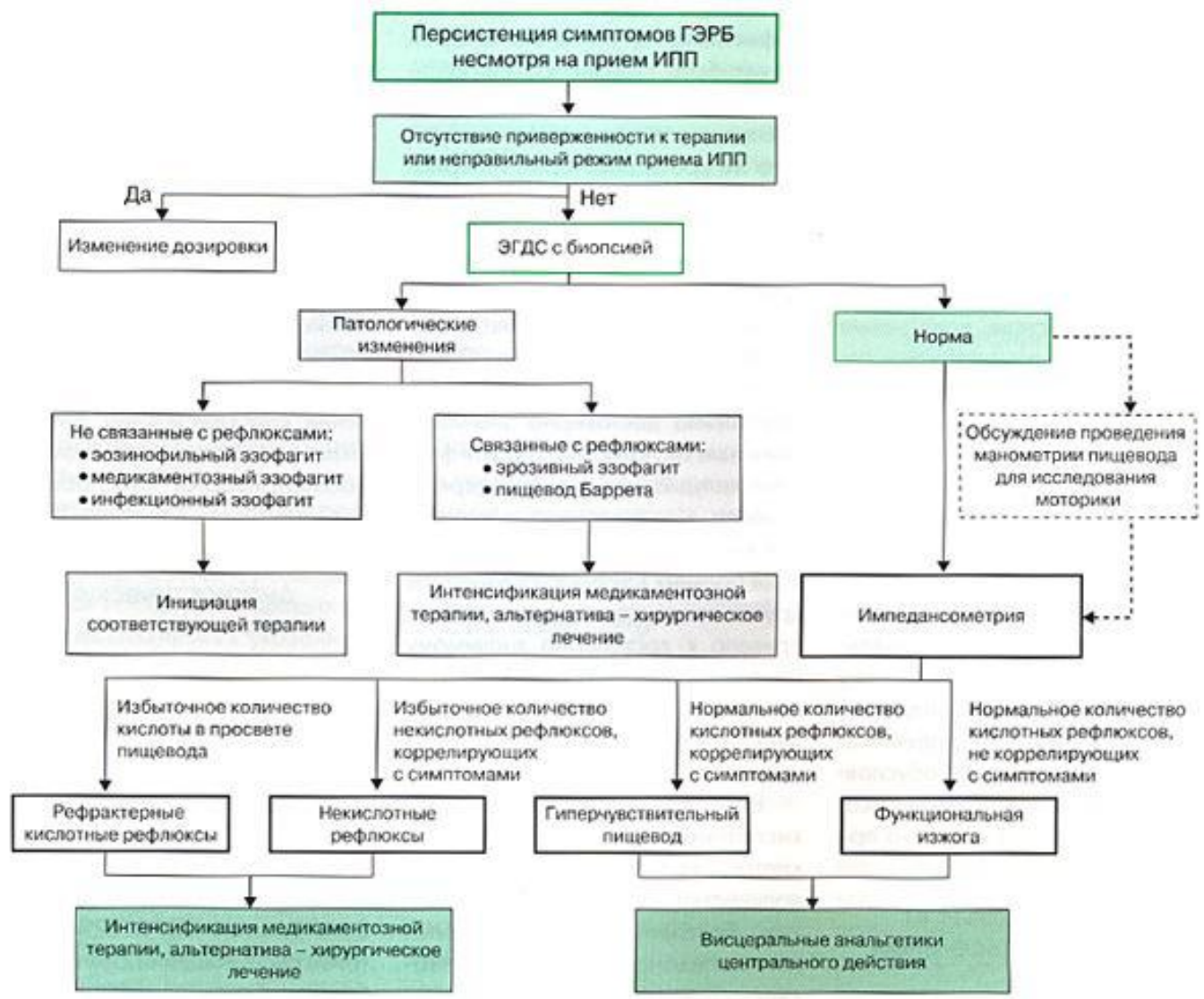
- **дополнительное диагностическое значение** имеет проведение теста Бернштейна (перфузия 0,1 N раствора соляной кислоты в пищевод с оценкой клинической симптоматики)

Цели терапии при ГЭРБ:

- ✓ **максимально быстрое купирование клинических симптомов;**
- ✓ **эпителизация эрозий слизистой оболочки пищевода при их наличии;**
- ✓ **предотвращение рецидивов и осложнений;**
- ✓ **повышение качества жизни.**

Модификация образа жизни при ГЭРБ:

- ◆ **подъем головного конца кровати;**
- ◆ **отказ от пищи, снижающей тонус нижнего пищеводного сфинктера или обладающей раздражающим действием** (жиры, шоколад, мята, специи, лук, кофе, алкоголь, апельсиновый и томатный соки);
- ◆ **избегать горизонтального положения тела в течение 3–4 часов после еды;**
- ◆ **прекращение курения;**
- ◆ **снижение веса при его избытке;**
- ◆ **отказ от ношения тугих одежды;**
- ◆ **при возможности прекращение приема лекарственных препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера** (бета–адреноблокаторов, нитратов, антагонистов кальция, антихолинергических препаратов, теофиллина)



Подход к диагностике и лечению больных с симптомами ГЭРБ, рефрактерной к проводимой терапии ИПП

[Dellon ES, Shaheen NJ. Persistent Reflux Symptoms in the Proton Pump Inhibitor Era: The Changing Face of Gastroesophageal Reflux Disease. // Gasroenterology. - 2010. -Vol. 139.-P. 7-13).

Причины резистентности к терапии, связанные с пациентами:

- Отсутствие приверженности к терапии**
- Несоблюдение времени и кратности приема препарата**
- Нарушение барьерной функции пищевода вследствие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы**
- Состав рефлюктата**
- Симптомы ГЭРБ, обусловленные нарушением клиренса рефлюктата и задержкой опорожнения желудка**
- Резистентность к терапии ИПП вследствие мутаций протонной помпы**

Причины развития резистентности, связанные с терапией:

- ✓ **Метаболизм ИПП**
- ✓ **Феномен ночного кислотного прорыва**
- ✓ **Состояние желудочной секреции**
- ✓ **Симптомы ГЭРБ в отсутствие рефлюксов в просвет пищевода**
- ✓ **Гиперчувствительность пищевода к нормальному содержанию кислоты в его просвете**
- ✓ **Прием генериков ИПП с неудовлетворительным качеством**

Характеристика основных антисекреторных препаратов, применяемых при лечении ГЭРБ

Прокинетические препараты

Метоклопрамид

Домперидон

Мосаприд

Тегасерод

Локсиглумид

Итоприд

Принципы лечения рефлюкс-эзофагита А-В степени тяжести

Принципы лечения рефлюкс-эзофагита C-D степени тяжести

Применение препаратов, повышающих защитные свойства СО пищевода:

- цитопротекторы, стимулирующие слизеобразование;
- цитопротекторы, образующие защитную плёнку, - де-нол, сукральфат;
- обволакивающие и вяжущие – викалин, викаир;
- средства, стимулирующие репарацию СО пищевода: облепиховое масло, солкосерил, витамины

Лечение урсодезоксихолевой кислотой

Эндоскопические методы лечения:

- 1) Создание клапана с использованием сшивающих устройств;
- 1) Создание клапана с помощью инъекций полимеров;
- 1) Усиление тонуса нижнего пищеводного сфинктера с помощью радиочастотного воздействия.

Профилактика ГЭРБ

Пищевод Баррета

появление цилиндрического метаплазированного эпителия в слизистой оболочке дистального отдела пищевода, повышающее риск развития аденокарциномы пищевода (АКП).

Термин «пищевод Барретта» (ПБ) введен *P.R. Allison* в 1953 году: «Пищевод, покрытый цилиндрическим эпителием» (*columnar lined esophagus*).

- ✓ АКП развивается у 0,5% больных с пищеводом Баррета в год при низкой степени дисплазии эпителия, у 6% в год - при дисплазии высокой степени;
- ✓ Частота АКП у пациентов с пищеводом Баррета возрастает до 800 случаев на 100 000 населения в год.

- ❖ Пищевод Баррета формируется у 10 -20% лиц, страдающих ГЭРБ.
- ❖ Частота малигнизации при трансформации плоского эпителия в эктопических очагах достигает 2 – 11%.

Эндоскопические признаки, свидетельствующие о пищеводе Барретта (с высокой степенью вероятности) :

- 1) наличие более или менее красноватой или ярко розовой по окраске слизистой оболочки терминального отдела пищевода различной протяженности , в проксимальном направлении на 2–4 см от розетки кардии в виде сплошного, более или менее циркуляр-но расположенного участка слизистой оболочки или в виде красноватых «языков» различной протяженности, аналогичной окраски, локализующихся проксимальнее розетки кардии и далее в проксимальном направлении, постепенно уменьшающимися в попе-речных размерах, между которыми и проксимальнее видна по окраске бледноватая с глянцеvidной поверхностью неизменная слизистая оболочка пищевода;**
- 2) наличие язвы пищевода, окруженной венчиком красноватой или розовой слизистой оболочки, ширина которой может быть различной на фоне бледной с глянцеvidной поверхностью слизистой оболочки пищевода;**
- 3) при изменении состояния эпителий становится все более розовато-красным (позднее красным), появляется «бархатистость» и рыхлость слизистой оболочки.**

Стратегия лечения:

) устранение ГЭРБ

) предотвращение прогрессирования дисплазии

) лечение дисплазии высокой степени

) своевременное распознавание
аденокарциномы

Диспансерное наблюдение

При отсутствии дисплазии – ФГДС с биопсией каждые 6 мес; при отсутствии прогрессии дисплазии или отсутствии дисплазии вообще через 6 мес после первого обследования необходимо проведение ФГДС с биопсией СО пищевода 1 раз в 2- 3 года

При дисплазии низкой степени – ФГДС с биопсией 1 раз в 6 мес, затем при отсутствии прогрессии дисплазии указанное исследование выполняется 1 раз в год

При диспазии высокой степени ФГДС с биопсией выполняется 1 раз в 3 – 6 мес. Принимается решение об эндоскопических методах лечения или даже эзофагэктомии.

ЭЗОФАГИТ

Классификация эзофагита по Савари-Миллер (1978)

I	Одиночное, эрозивное или экссудативное поражение, овальное или линейное, расположенное только на одной продольной складке.
II	Множественные эрозивные или экссудативные поражения, занимающие более одной продольной складки, сливающиеся или не сливающиеся между собой и не носящие циркулярного (кольцевидного) характера, т.е. не занимающие всю окружность пищевода.
III	Эрозивные или экссудативные поражения носящие циркулярный (кольцевидный) характер, т.е. занимающие всю окружность пищевода.
IV	Хронические поражения: язвы, стриктуры или короткий пищевод в изолированном виде или в комбинации с поражениями характерными для I-III степеней эзофагита.
V	Эпителий Баррета в изолированном виде или в комбинации с поражениями характерными для I-III степеней эзофагита.

Лечение

МОЖ

Диета

Медикаментозная терапия

Эндоскопическое и хирургическое лечение

АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА

Комплекс нервно-мышечных расстройств функции пищевода, заключающихся в нарушении прохождения пищи по пищеводу и из пищевода в желудок вследствие изменения перистальтики пищевода и отсутствия рефлексорного расслабления нижнего пищеводного сфинктера во время глотания.

население европейских стран

частота 0,6 -20 случая на 100000 населения (В.Т.Ивашкин и соавт., 2008)

Стадии заболевания

1 стадия (функциональная)	Характеризуется непостоянным нарушением прохождения пищи по пищеводу вследствие кратковременных нарушений расслабления нижнего пищеводного сфинктера при глотании и умеренного повышения его базального тонуса. Расширение пищевода отсутствует.
2 стадия	отмечается стабильным повышением базального тонуса нижнего пищеводного сфинктера, значительное нарушение его расслабления во время глотания и умеренное расширение пищевода выше места постоянного функционального спазма нижнего пищеводного сфинктера.
3 стадия	Наблюдаются рубцовые изменения дистальной части пищевода, что сопровождается резким органическим его сужением (стенозом) и значительным (не менее чем в 2 раза) расширением вышележащих отделов.
4 стадия	Отмечается выраженное рубцовое сужение пищевода в сочетании с его расширением, S-образной деформацией и развитием осложнений - эзофагита и параэзофагита

Общая характеристика лечебных мероприятий

1 **Лечебное питание**

1 **Медикаментозная терапия** (спазмолитики, антагонисты кальциевых каналов, М-холинолитики, прокинетики)

Кардиодилатация
Хирургическое лечение
Применение ботулотоксина

ДИСКИНЕЗИЯ ПИЩЕВОДА

**Периодически возникающие
некоординированные спастические сокращения
стенки пищевода, сопровождающиеся
нарушениями его перистальтики при сохранении
нормального тонуса нижнего пищеводного
сфинктера и его рефлекторного раскрытия во
время глотания.**

Первичная дискинезия пищевода

Вторичная дискинезия пищевода

Лечение

Диета

Лекарственная терапия

(нитраты, антагонисты кальция, спазмолитики, антациды)

ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА

К 22.5

Слепо заканчивающийся отросток или выпячивание стенок пищевода.

- врождённые
- приобретённые дивертикулы

*у 1 -1,5% людей, причем у пожилых лиц, особенно у мужчин
выявляются чаще*

Лечение

консервативное

хирургическое (дивертикулэктомия, эндоскопическая дивертикулостомия)

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Под грыжей пищеводного отверстия диафрагмы понимают перемещение органов брюшной полости в грудную полость через отверстие в диафрагме.

К 44 Диафрагмальная грыжа

К 44.0 Диафрагмальная грыжа с непроходимостью без гангрены

К 44.1 Диафрагмальная грыжа с гангреной

К 44.9 Диафрагмальная грыжа без непроходимости или гангрены

3 степени скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы:

1 степень (пищеводная грыжа) – в полость средостения пролабирует абдоминальный отдел пищевода, а кардия и дно желудка прилегают непосредственно к висцеральной поверхности диафрагмы

2 степень - (кардиальная грыжа) в средостении пролабирует кардиальная часть желудка, отмечается умеренное укорочение пищевода

3 степень (кардиофундальная грыжа)- пролабируют кардия и часть дна желудка или весь желудок, имеется выраженное укорочение пищевода

Лечение

Режим и рацион питания

Медикаментозное лечение

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОДА

**Признак дисфункции органов
пищеварительной системы.**

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ИЗЖОГА

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГРУДНАЯ БОЛЬ
ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО ПИЩЕВОДНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ

ГЛОБУС (ИСТЕРИЧЕСКИЙ КОМ)

Лечение