

ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ (ГЭРБ)

Кафедра внутренних болезней №3

Определение

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем функциональных нарушений и/или дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, простого (катарального), эрозивного или язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных со временем — цилиндроклеточной (железистой) метаплазии (пищевода Баррета).

Эпидемиология

- 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, у 10-35% — тяжелый эзофагит.

Патогенез

ГЭРБ - многофакторное заболевание.

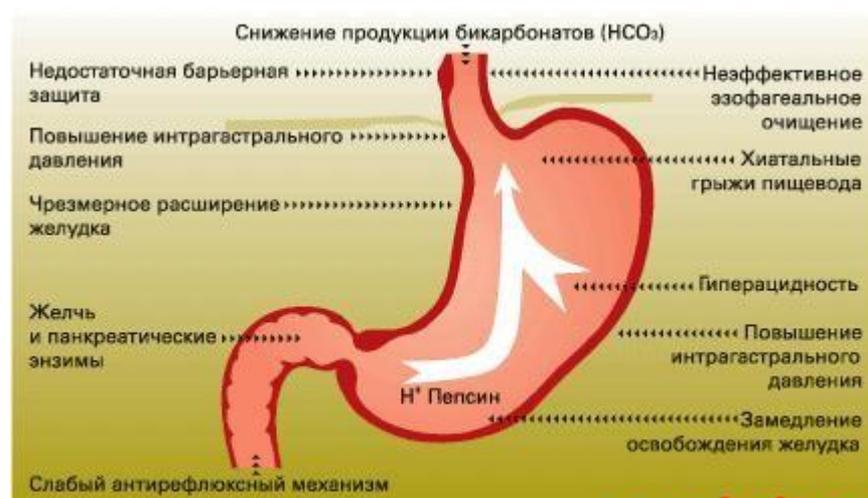
- Препредрасполагающие факторы: стресс; работа, связанная с наклонным положением туловища, ожирение, беременность, курение, хиатальная грыжа, некоторые лекарственные средства (АК, антихолинергические препараты, В-АБ и др.), факторы питания
- Непосредственной причиной РЭ является длительный контакт желудочного (соляная кислота, пепсин) или дуоденального (желчные кислоты) содержимого со слизистой оболочкой пищевода.

Выделяют следующие причины, приводящие к развитию ГЭРБ:

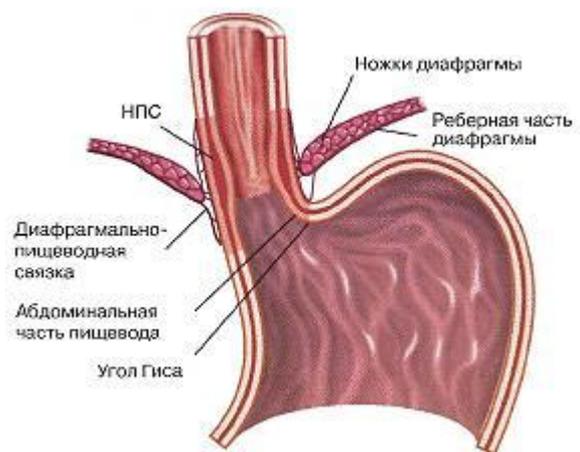
- недостаточность запирающего механизма кардии;
- рефлюкс желудочного и дуоденального содержимого в пищевод;
- снижение пищевода клиренса;
- уменьшение резистентности слизистой оболочки пищевода.

Гастроэзофагеальный рефлюкс



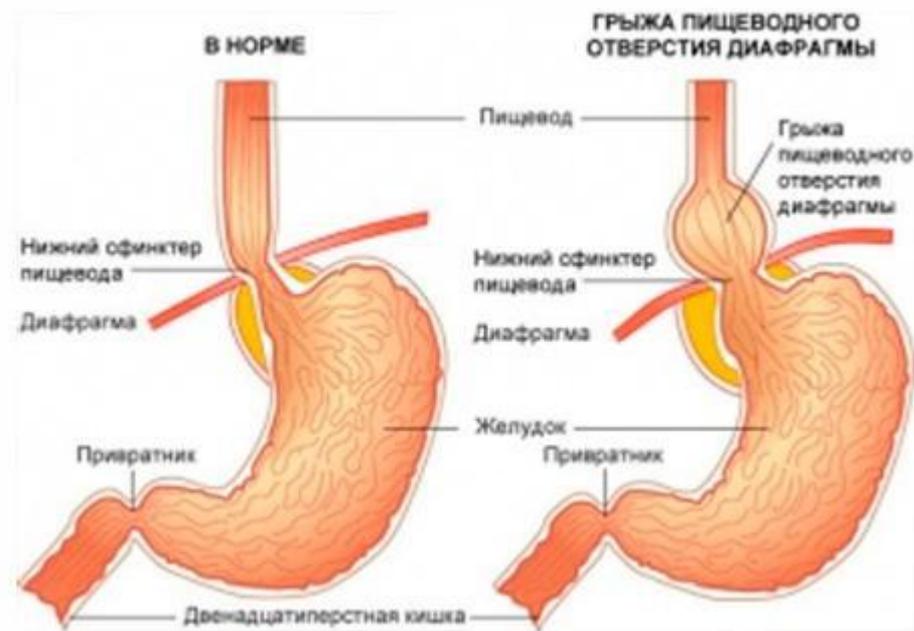


sovdoc.ru



Основные элементы патогенеза

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь рассматривается как составная часть группы кислотозависимых заболеваний, поскольку соляная кислота желудка выступает основным повреждающим фактором при развитии клинических симптомов и морфологических проявлений ГЭРБ.
- Патологический рефлюкс служит отражением недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, то есть ГЭРБ — заболевание с исходным нарушением двигательной функции пищеварительной системы.
- Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ выступает патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод. Эта дисфункция у большей части пациентов сопровождается существенным замедлением восстановления рН дистальной части пищевода после каждого эпизода рефлюкса.



- Нарушение клиренса пищевода развивается вследствие комбинации двух факторов: ослабления перистальтики грудного отдела пищевода и снижения секреции слюны. Значительное увеличение секреции соляной кислоты желудка существенно повышает риск возникновения ГЭРБ.
- Эпизоды рефлюкса развиваются из-за значительно ослабленного тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), неспособного осуществлять барьерную функцию по отношению к ретроградному току желудочного содержимого. У пациентов с ГЭРБ с выраженным эрозивным эзофагитом или большой грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), наблюдаются длительные периоды низкого давления НПС (ниже 5 мм рт. ст.).

Клиническая картина

Пищеводные проявления

- Типичный симптомокомплекс рефлюкса — изжога, отрыжка, срыгивание, болезненное и затрудненное прохождение пищи — являются мучительными для пациентов, значительно ухудшают качество их жизни, отрицательно сказываются на их работоспособности. Особенно значительно снижается качество жизни больных ГЭРБ, у которых клинические симптомы заболевания наблюдаются в ночное время.

- Изжога - наиболее характерный симптом, встречается у 83% больных и возникает вследствие длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4$) желудочного содержимого со слизистой пищевода. Усиливается 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, что соответствует предрасположенности людей с избыточным весом к гастроэзофагеальному рефлюксу.
- Отрыжка - обнаруживается у 52% больных. Отрыжка, как правило, усиливается после еды, приема газированных напитков.
- Срыгивание пищи - усиливается при физическом напряжении и при положении, способствующем регургитации.
- Дисфагия и одинофагия наблюдаются у 19% пациентов с ГЭРБ. Характерной особенностью данных симптомов является их перемежающийся характер. В основе их возникновения лежит гипермоторная дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию, а причиной одинофагии помимо этого может быть эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки. Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

- Для больных с ГПОД одним из характерных симптомов служит боль в эпигастральной области, в проекции мечевидного отростка вскоре после еды и усиливающаяся при наклонах, подъеме тяжести, после чего возникает изжога.
- Ощущение кома в горле при глотании, боль в нижней челюсти, жжение языка.

Боли в грудной клетке возникают у больных ГЭРБ вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичного эзофагоспазма). Пусковым моментом для возникновения эзофагоспазма и соответственно боли, всегда оказывается патологический (т.е. продолжительный) желудочно-пищеводный рефлюкс.

Внепищеводные проявления ГЭРБ

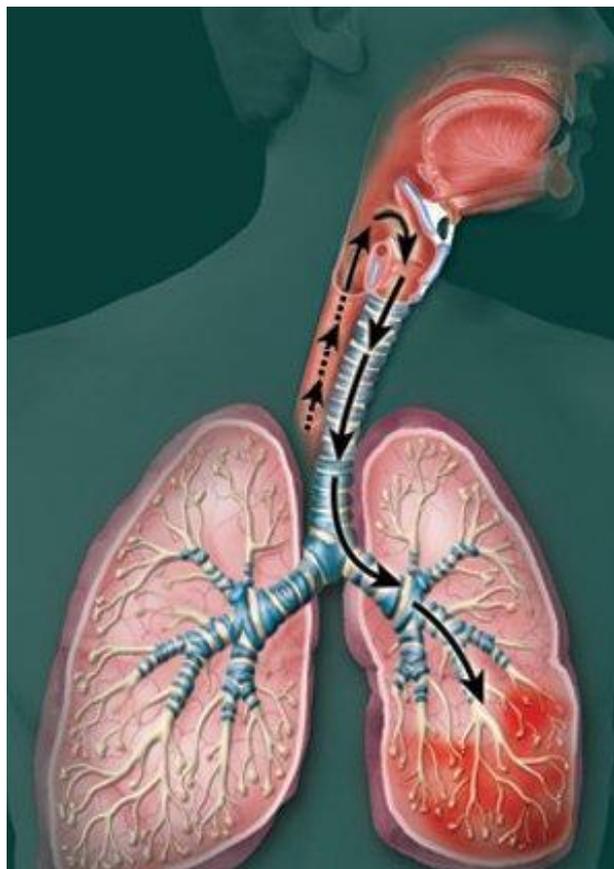
бронхолегочный
синдром;

оториноларинголо
гический синдром;

стоматологически
й синдром;

кардиальный
синдром;

анемический
синдром



Бронхолегочные проявления

Кашель, частые бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма, легочный фиброз.

Гастроэзофагеальный рефлюкс выявляется у 30-90% больных бронхиальной астмой, предрасполагая к ее более тяжелому течению. Причины развития бронхообструкции при ГЭРБ :

- 1) ваго-вагальный рефлекс, 2) микроаспирация.

Бронхолегочные проявления могут выступать единственным клиническим признаком гастроэзофагеального рефлюкса и обуславливать недостаточную эффективность лечения бронхиальной астмы. Напротив, включение в таких случаях в комплексную терапию препаратов, назначаемых при ГЭРБ, повышает эффективность лечения бронхиальной астмы.

Оториноларингологический синдром;

- Першение в горле, осиплость или даже потеря голоса, грубый лающий кашель могут быть результатом заброса желудочного содержимого в гортань, у больных развивается «отоларингологическая маска ГЭРБ».
- Описано формирование язв, гранулем голосовых связок, стенозирование отделов, расположенных дистальнее голосовой щели.
- Часто встречается ларингит (78% пациентов с хронической охрипlostью имеют симптомы ГЭРБ).
- Причиной хронического ринита, рецидивирующих отитов, оталгии, может являться патологической ГЭР.

- 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.
- Боли за грудиной, по ходу пищевода могут создавать впечатление коронарных болей, так называемый симптом «non-cardiacchestpain». 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 возникает вследствие хронического кровотечения из эрозий или язв пищевода. Чаще всего это гипохромная железодефицитная анемия.

Воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода.

Рефлюкс-эзофагит, выявляемый при эндоскопическом исследовании, включает в себя простой (катаральный) эзофагит, эрозии и язвы пищевода. Эрозивный эзофагит может быть различной степени тяжести — с А по D стадию по Лос-Анджелесской классификации и с 1-й по 3-ю стадии по классификации Савари-Миллера - в зависимости от площади поражения,

Осложнения ГЭРБ

- Стриктуры пищевода - 7%-23%,
- Язвенные поражения пищевода - 5%,
- Кровотечения - 2%.. (обусловлены эрозивно-язвенными поражениями пищевода, могут осложнять течение цирроза печени, а также наблюдаются у больных, перенесших оперативные вмешательства, и у престарелых пациентов)
- Пищевод Баррета - наиболее грозное осложнение ГЭРБ — представляет собой развитие цилиндрического (железистого) метаплазированного эпителия в слизистой оболочке пищевода, повышающее в последующем риск развития АКП.

Классификация

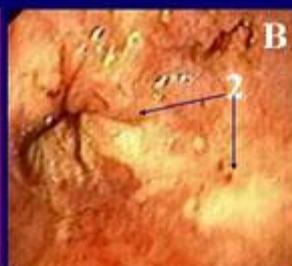
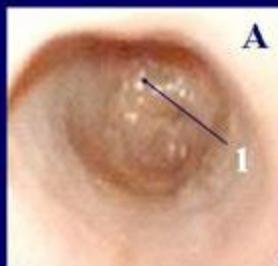
- Классификация M. Savary and G. Miller, по которой различают 4 стадии рефлюкс-эзофагита:
- *1 стадия — диффузная или очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, отдельные несливающиеся эрозии с желтоватым основанием и красными краями, линейные афтозные эрозии, распространяющиеся вверх от кардии или пищеводного отверстия диафрагмы;*
- *2 стадия — сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой эрозии;*
- *3 стадия - воспалительные и эрозивные изменения сливаются и захватывают всю окружность пищевода;*
- *4 стадия - подобна предыдущей степени, но имеются осложнения: сужение просвета пищевода, ухудшающее или препятствующее проведению эндоскопа в нижележащие отделы, язвы, пищевод Баррета.*

Лос-Анджелесская классификация

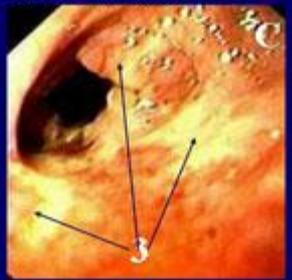
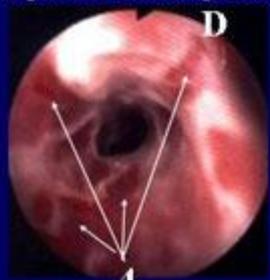
- Лос-Анджелесская классификация предусматривает четырехступенную градацию рефлюкс-эзофагита и в ее основе также учитывается распространенность процесса, но осложнения ГЭРБ: стриктуры, язвы, пищевод Баррета - рассматриваются отдельно и могут быть при любой стадии.
- **Стадия А** — один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки размером до 5 мм., который не захватывает слизистую между складками (расположен на вершине складки).
- **Стадия В** — один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки размером более 5 мм., который не захватывает слизистую между складками (расположен на вершине складки).
- **Стадия С** — один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который распространяется на слизистую между двумя или более складками, но вовлекает менее 75% окружности пищевода.
- **Стадия D** — один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который вовлекает более 75% окружности пищевода

Классификация эрозивного эзофагита

(по данным эндоскопии, Лос-Анджелес, 1994, с дополнениями 1999)



<http://www.endoskopischer-atlas.de/o09e.htm>



- **Стадия А:** одно или несколько повреждений* слизистой оболочки пищевода (1), не превышающие 5 мм и захватывающие не более чем одну ее складку
- **Стадия В:** одно или несколько повреждений* слизистой оболочки пищевода (2), превышающие 5 мм и захватывающие не более чем одну ее складку
- **Стадия С:** одно или несколько повреждений* слизистой оболочки пищевода (3), захватывающие более чем одну складку, но не более чем 75% окружности органа
- **Стадия D:** повреждения* слизистой оболочки пищевода (4), захватывающие более чем 75% окружности органа

* эрозированный, гиперемированный или покрытый фибрином участок, четко отграниченный от нормальной слизистой оболочки

Эндоскопическая картина



Обследование больных

Обязательные лабораторные исследования :

- ОАК

Однократно :

- Группа крови, резус-фактор
- Анализ кала на скрытую кровь
- ОАМ
- Железо сыворотки крови

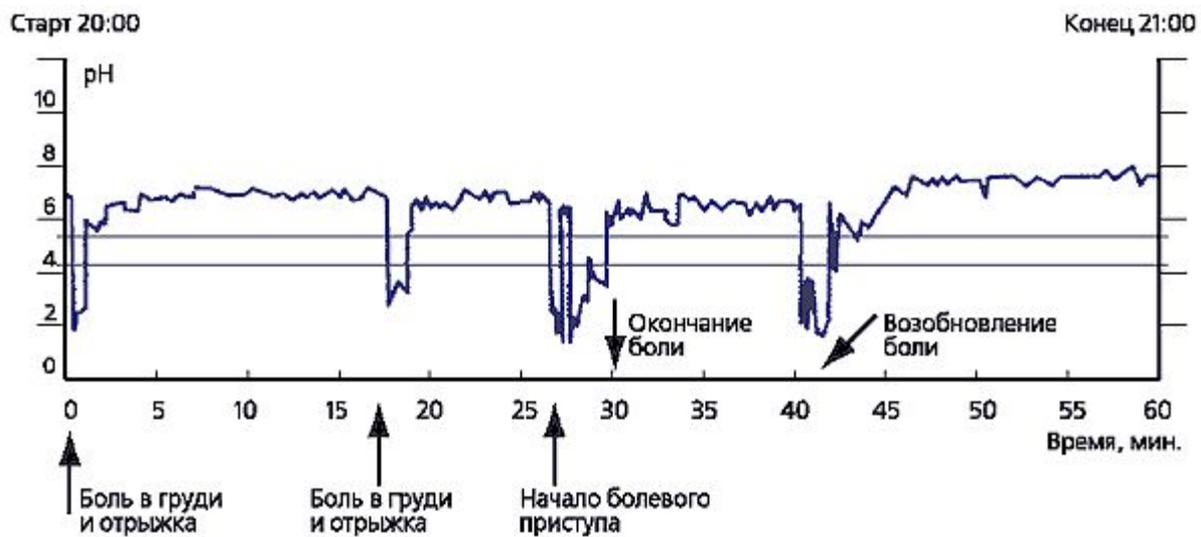
Обязательные лабораторные исследования

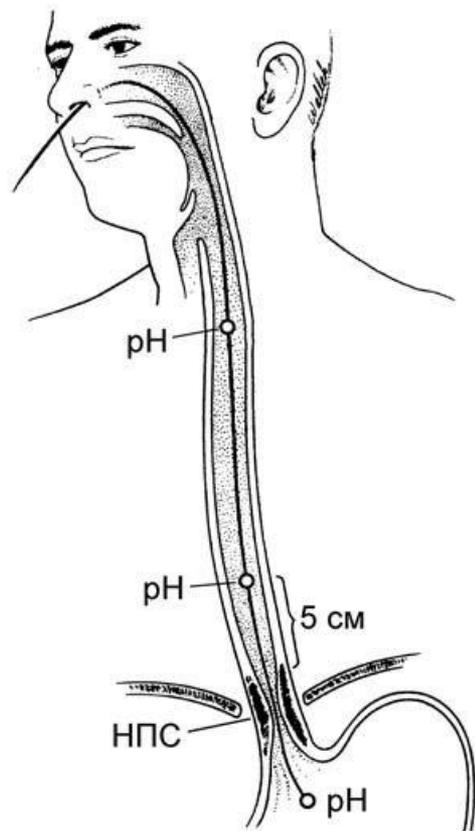
Однократно :

- ЭКГ
- ЭГДС –»Золотой стандарт» диагностики эндоскопически позитивной ГЭРБ
- Рентгенологическое исследование грудной клетки, пищевода и желудка

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования

- ЭКГ с нагрузочными пробами (для диагностики с ИБС)
- УЗИ органов брюшной полости
- Суточная (24-часовая) рН-метрия пищевода
- Эзофагоманометрия
- Импеданс-рН-метрия
- Тест с ингибиторами протонной помпы
- Консультации специалистов по показаниям





а)



б)

Лечение

Цель лечения ГЭРБ - устранение жалоб, улучшение качества жизни, борьба с рефлюксом, лечение эзофагита, предотвращение или устранение осложнений.

Лечение ГЭРБ чаще консервативное, чем хирургическое.

Консервативное лечение включает:

- рекомендации по соблюдению определенного образа жизни и диеты;
- медикаментозную терапию: антациды, антисекреторные препараты (блокаторы H_2 -рецепторов и ингибиторы протонной помпы), прокинетики.

Антациды. Алгинаты

- **Антацидные** средства — алюминия фосфат (фосфалюгель), комбинированный препараты - алюминия гидроксид . и магния гидроксид (маалокс, алмагель) в виде суспензии, таблеток. Антациды могут применяться как в качестве монотерапии клинических проявлений (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. Антациды следует принимать часто (в зависимости от выраженности симптомов), обычно через 1,5-2 часа после еды и на ночь.
- **Алгинаты** (гевискон) связывают кислоту, пепсин и желчь, образуют на поверхности желудочного содержимого «плот», блокирующим рефлюкс и формируют защитную пленку на слизистой пищевода

Прокинетика

- **Прокинетика** (стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта) приводят к восстановлению нормального физиологического состояния пищевода, эффективно воздействуя на патогенетические механизмы ГЭРБ, уменьшают количество переходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера, улучшают пищеводный клиренс, в том числе, за счет улучшения двигательной функции нижележащих отделов пищеварительного тракта.
- Домперидон (мотилиум) – 10 мг 3 р в день за 30 мин. до еды
- Итоприда гидрохлорид (ганатон) 50 мг 3 р в день за 30 мин. до еды

ИПП

- Рабепразол - 20 мг 1 р в день,
- пантопразол - 40 мг 1 р в день,
- Омепразол - 20 мг 1-2 р в день,
- Эзомепразол - 40 мг 1 р в день,
- Лансопразол - 30 мг 1 р в день.

Назначение ИПП необходимо для лечения эрозивного эзофагита в течение не менее 8 недель при наличии (В) 2-й и большей стадии эзофагита и не менее 4 недель при наличии эзофагита (А) 1-й стадии.

- При неэффективности лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует провести подтверждение наличия гастроэзофагеального рефлюкса с помощью объективного метода исследования 24-часовой рН-импедансометрии.
- Пациенты с сохраняющимися симптомами, у которых при проведении рН-импедансометрии не обнаруживаются патологические рефлюксы и отсутствует корреляция рефлюксов с возникновением симптомов, скорее всего, страдают не ГЭРБ, а «функциональной изжогой».

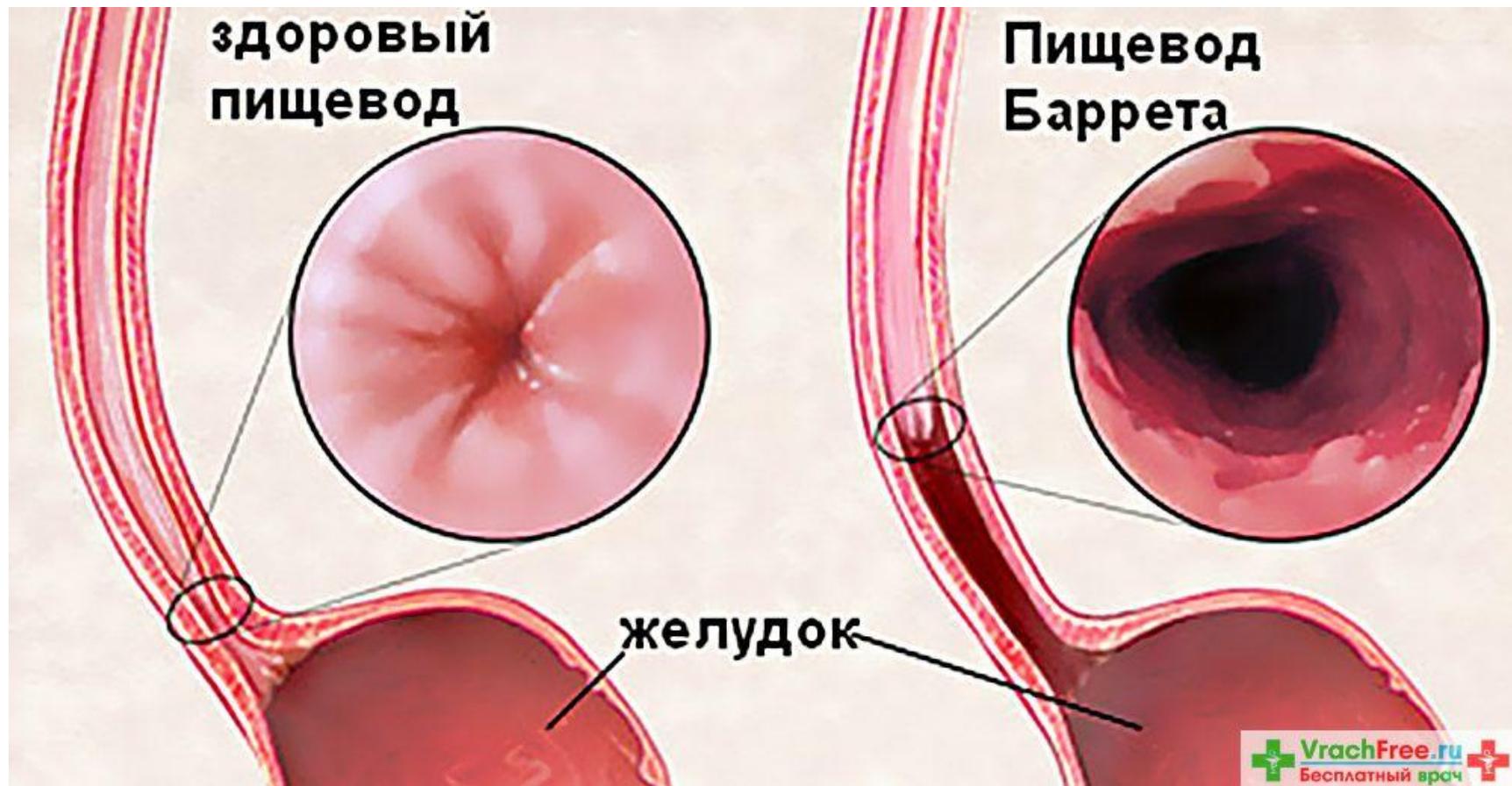
Ведение пациентов с пищеводом Баррета

- Верификация диагноза пищевода Баррета и установление степени дисплазии проводится с помощью гистологического исследования.
- Если при этом выявляется дисплазия низкой степени, назначают ИПП в стандартной или двойной дозе (в зависимости от данных, полученных при проведении рН-метрии) с повторением гистологического исследования через 3 месяца.
- При сохранении дисплазии низкой степени больным рекомендуется продолжить постоянный прием полной дозы ИПП и провести гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев. Затем гистологическое исследование проводится ежегодно. Если выявляется дисплазия высокой степени, необходимо назначить двойную дозу ИПП с параллельной оценкой результатов гистологического исследования и последующим решением вопроса об эндоскопическом или

**здоровый
пищевод**

**Пищевод
Баррета**

желудок



Показания к оперативному лечению

- 1) безуспешность консервативного лечения;
- 2) осложнения ГЭРБ (стриктуры, повторные кровотечения);
- 3) частые аспирационные пневмонии;
- 4) ПБ (из-за опасности малигнизации).
Особенно часто показания к операции возникают при сочетании ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Первичная профилактика ГЭРБ

Цель - в предупреждении развития заболевания.

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

Вторичная профилактика ГЭРБ

- Цель вторичной профилактики ГЭРБ - снижение частоты рецидивов и предотвращение прогрессирования заболевания.
- 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 за-кисления 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.