



Кафедра внутренних болезней №2 с курсом смежных дисциплин

Презентация на тему: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Выполнила: Тоймухамбетова Ботагоз
группа 719-2
направление терапия

ПЛАН

- Определение ГЭРБ
- Этиология и патогенез
- Классификация
- Лечение
- Литература

ГЭРБ – это патологическое состояние, которое развивается, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает неприятные симптомы и/или осложнения. Симптомы считаются неприятными, если неблагоприятно сказываются на самочувствии человека.



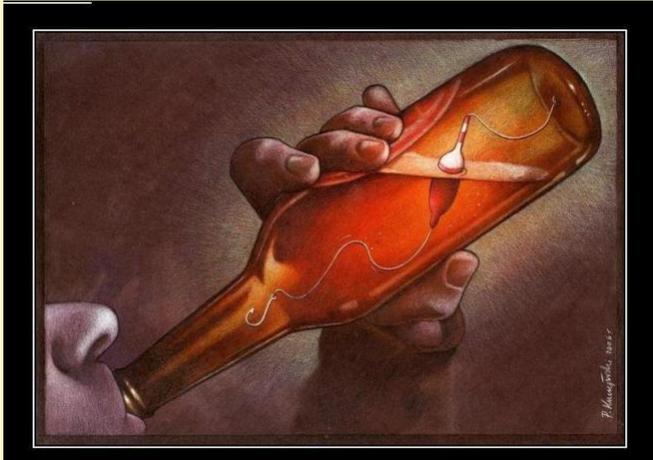
- По данным обследования наличие симптомов ГЭР выявляется у 30-40% населения, причем до 25% пациентов данной группы нуждаются в постоянном медикаментозном, а до 15% - исключительно в хирургическом лечении.



Этиология и патогенез

Ведущее место в ее патогенезе занимает нарушение функции антирефлюксного барьера, которое может возникать вследствие первичного снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), увеличения числа его спонтанных расслаблений, структурных изменений НПС, например, при сопутствующей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Важную роль в развитии заболевания играет также снижение химического (вследствие уменьшения нейтрализующего действия слюны и бикарбонатов пищеводной слизи) и объемного (в результате угнетения вторичной перистальтики и ослабления тонуса грудного отдела пищевода) эзофагеального клиренса, то есть способности пищевода нейтрализовать и удалять обратно в желудок попавшее в него кислое желудочное содержимое. Другими патогенетическими факторами ГЭРБ являются повреждающие свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, нарушение опорожнения желудка, повышение внутрибрюшного давления.

- Определенную этиологическую роль играют вынужденное положение тела с наклоном туловища, избыточная масса тела, курение и злоупотребление алкоголем, прием определенных лекарственных препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитратов, блокаторов кальциевых каналов, эуфиллина, холинолитиков и др.), некоторые заболевания (например, системная склеродермия) и физиологические состояния (беременность).



Классификация

Клиническая классификация :

Эрозивная ГЭРБ (эндоскопически позитивный вариант, ГЭРБ с эзофагитом): неосложненная; осложнения эрозивной ГЭРБ (пептическая язва пищевода; кровотечение; стриктуры пищевода).

Неэрозивная ГЭРБ (НЭРБ, эндоскопически негативный вариант, ГЭРБ без эзофагита, симптоматическая ГЭРБ).

Пищевод Баррета (кишечная метаплазия неполного типа в дистальном отделе пищевода).

Стадии ГЭРБ по Савари-Миллеру:

- I стадия – округлые и продольные поражения, которые не сливаются и распространяются от Z-линии к слизистой оболочке пищевода;
- II стадия – сливающиеся транзиторные поражения в зоне Z-линии, не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки;
- III стадия – язвенные поражения, сливающиеся в нижней части пищевода и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки;
- IV стадия – хронические язвенные поражения пищевода, фиброзный стеноз, укорочение пищевода, пищевод Барретта.

По Лос-Анджелесской классификации ГЭРБ различают:

- степень А – одно (или более) поражение слизистой оболочки менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки;
- степень В – одно (или более) поражение слизистой оболочки более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки;
- степень С – одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75 % окружности пищевода;
- степень D – одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяется на 75 % и более окружности пищевода.

Эндоскопическая классификация тяжести рефлюкс-эзофагита (РЭ) по Savary-Miller



Норма

РЭ I ст.

РЭ II ст.

РЭ III ст.

РЭ IV ст.

С-м. Барретта

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

изжога (упорная, мучительная) как после еды, так и натощак;

- боль в грудной клетке (жгучего характера) усиливающаяся при физической нагрузке и наклонах;
- чувство дискомфорта за грудиной области;
- потеря веса;
- снижение аппетита;
- кашель и приступы удушья в ночное время;
- осиплость голоса к утру;
- отрыжка;

Анамнез: постоянный прием кислотоснижающих препаратов и антацидов; возможно наличие у больного пищевода Баррета.

Физикальное обследование: общий осмотр.

Пищеводные синдромы

Внепищеводные синдромы

Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами

Синдромы, с повреждением пищевода (осложнения)

Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена

Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается

1. Классический рефлюксный синдром
2. Синдром боли в грудной клетке

1. Рефлюкс-эзофагит
2. Стриктуры пищевода
3. Пищевод Барретта
4. Аденокарцинома пищевода

1. Кашель рефлюксной природы
2. Ларингит рефлюксной природы
3. Бронхиальная астма рефлюксной природы
4. Эрозии зубной эмали рефлюксной природы

1. Фарингит
2. Синуситы
3. Идиопатический фиброз легких
4. Рецидивирующий средний отит

Основные диагностические обследования,

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- антропометрия (измерение роста и веса);
- физикальное обследование;
- ЭКГ (для исключения сердечной патологии);
- эзофагогастроскопия (ЭФГС);
- рентгенография (рентгеноскопия) пищевода и желудка с контрастированием (стоя и в горизонтальном положении).

- общий анализ крови; общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, глюкоза крови);
- микрореакция на сифилис;
- определение группы крови по системе АВО; определение резус-фактора крови;
- анализ крови на ВИЧ методом ИФА;
- определение HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом;
- коагулограмма (ПТИ, фибриноген, ФА, время свертываемости, МНО).

Лабораторные исследования:

общий анализ крови - норма или снижение показателей красной крови: анемия (в случаях, когда у больного имеет место кровотечение);

биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, билирубина, АЛТ, АСТ, тимоловая проба) без особенностей (но изменения могут быть при патологии органов ГДЗ);

Инструментальные исследования

Эндоскопический метод обследования:

Уменьшение расстояния от передних резцов до кардии, зияние или неполное смыкание кардии, транскардиальная миграция слизистой оболочки, гастроэзофагеальный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит, наличие контрактильного кольца, наличие очагов эктопии эпителия – пищевод Баррета;

Рентгенологический метод обследования с использованием бария

- антиперистальтические движения пищевода (танец глотки), выпадение слизистой пищевода в желудок, наличие в области пищеводного отверстия и над диафрагмой складок слизистой оболочки, характерной для слизистой желудка, которые непосредственно переходят в складки поддиафрагмальной части желудка, грыжевая часть желудка образует округлое или неправильной формы выпячивание, с ровными или зазубренными контурами, широко сообщающееся с желудком.

pH - метрия пищевода

Изменение внутрипищеводного pH от нейтрального к кислому, по изменениям pH разных частей пищевода можно установить до какого уровня поднимается содержимое желудка в вертикальном и горизонтальном положении больного

Эзофагоманометрия

- Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, нарушение перистальтики пищевода и тонуса стенок пищевода.

- Дифференциальная диагностика

Признаки	ГЭРБ	ИБС
Анамнез заболевания	Из анамнеза больного известно: больной длительно находится на учете у гастроэнтеролога с ГЭРБ; возможно наличие у больного пищевода Баррета; постоянный прием кислотоснижающих препаратов и антацидов. Из	Из анамнеза больного известно: наличие атеросклероза сосудов; появление болей за грудиной обычно, не связано с приемом пищи, изменением положения тела больного;

Лабораторные данные	Лабораторные данные, как правило без особых изменений	Выявление маркеров инфаркта миокарда – тропонина, уровень тропонина повышается в первые 4–6 часов и держится повышенным в пределах 8–12 дней; Также при стенокардии повышенные показатели – холестерина, ЛПНП, ЛПВП;
ЭКГ	ЭКГ без особых изменений	изменения сегмента ST (подъем с выпуклостью вверх). При нижней локализации ИМ следует фиксировать ЭКГ на правой половине грудной клетки в отведениях V3R или V4R. Для огибающей окклюзии характерны изменения в так называемых задних отведениях (V7–V9), чаще в виде появления патологического зубца Q.

ЭФГС	зияние или неполное смыкание кардии, транскардиальная миграция слизистой оболочки, гастроэзофагеальный рефлюкс, грыжевой гастрит, рефлюкс-эзофагит, наличие контрактильного кольца, наличие очагов эктопии эпителия – пищевод Баррета;	ЭФГС без особенностей
Рентгенологическое обследование	антиперистальтические движения пищевода (танец глотки), выпадение слизистой пищевода в желудок, наличие в области пищеводного отверстия и над диафрагмой	Без особенностей

	<p>складок слизистой оболочки, характерной для слизистой желудка, которые непосредственно переходят в складки поддиафрагмальной части желудка</p>	
--	---	--

Осложнения ГЭРБ:

- пептический эрозивно-язвенный эзофагит;
- пептическая язва пищевода;
- пептическая стриктура пищевода;
- пищеводное кровотечение (острое или хроническое);
- пищевод Баррета;
- аденокарцинома пищевода.

Основные цели лечения ГЭРБ



Цели лечения :

- Цель консервативного лечения – устранение симптомов ГЭРБ путем снижения кислотности рефлюктанта и его количества, попадающего в пищевод и смежные органы.
- Цель оперативного лечения - направлено на устранение симптомов ГЭР путем хирургического создание антирефлюксного механизма, препятствующего забросу желудочного содержимого в пищевод.

Немедикаментозное лечение:

заключается в выполнении рекомендации по изменению образа жизни и диеты (антирефлюксные мероприятия), выполнению которых следует придавать особое значение в терапии ГЭРБ:

- Избегать обильного приема пищи;
- После приема пищи избегать наклонов вперед и горизонтального положения; последний прием пищи не позднее чем за 3 часа до сна;
- Ограничить прием продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков;
- Спать с приподнятым головным концом кровати;

- **Медикаментозное лечение:** проводится в зависимости от степени тяжести ГЭРБ и включает прокинетические, антисекреторные и антацидные средства.
- Цель терапии прокинетиками – повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, стимуляция опорожнения желудка, улучшение координации работы пищеварительной системы. Наиболее эффективны они в составе комплексной терапии с антисекреторными препаратами.
- Опыт показывает, что предпочтительно использование нового класса прокинетических препаратов – **итоприда** (<50 мг 3 раза в день), поскольку он лишен традиционных для своей группы побочных эффектов (его минимальная способность проникать через гематоэнцефалический барьер значительно снижает риск экстрапирамидных нарушений, гиперпролактинемии).
- **Метоклопрамид** имеет больше побочных эффектов, поэтому менее предпочтителен.

- Цель антисекреторной терапии – уменьшение агрессии кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку при ГЭР. Препараты выбора – Ингибиторы протонной помпы.
- При НЭРБ – ИПП однократно в сутки (20 мг омепразола, или 30 мг лансопразола, или 40 мг пантопразола, или 20 мг эзомепразола перед завтраком), длительность лечения 4-6 недель.
- Поддерживающая терапия в стандартной или половинной дозе в режиме по «требованию» при появлении изжоги (в среднем 1 раз в 3 дня).
- При ГЭРБ без эзофагита достаточно выполнения диетических и режимных мероприятий, назначение антацидов и алгинатов.

При эрозивных формах, терапия в зависимости от стадии заболевания:

- **1 ст.-** единичные эрозии: ИПП - 4 недели
- **2-3 ст.-** множественные эрозии: ИПП - 8 недель. Применяют 20 мг омепразола, или 30 мг лансопразола, или 40 мг пантопразола, или 40 мг эзомепразола.
- При недостаточно быстрой динамике заживления эрозий или при внепищеводных проявлениях ГЭРБ следует назначить удвоенную дозу ИПП и увеличить продолжительность лечения (до 12 нед и более).

- Антациды и алгинаты (предпочтительно в виде геля и саше) можно использовать в качестве средства для купирования нечастой изжоги (назначать через 40-60 мин. после еды, когда чаще всего возникает изжога и боль за грудиной, а так же на ночь)

Показания для экстренных операций:

- рецидивирующий язвенный эзофагит;
- кровотечение с язв пищевода;
- пептическая стриктура пищевода.

- **Противопоказания к операции:** легочно-сердечная недостаточность III-IV степени; тяжелые формы сопутствующих заболеваний (декомпенсированный сахарный диабет, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночная/почечная недостаточность, врожденные и приобретенные пороки сердца с декомпенсации, алкоголизм и др);

Виды оперативных вмешательств :

- открытая или лапароскопическая фундопликация по Ниссен с крурорафией;
- лапароскопическая фундопликация по Флоппи- Ниссен с крурорафией;
- лапароскопическая фундопликация по Тупе с крурорафией.

Послеоперационные осложнения:

дисфагия; гастростаз; внутрибрюшное кровотечение.

Профилактические мероприятия:

первый день после операции только питье, мелкими глотками, небольшими порциями;

- до двух недель после операции полужидкая и кашицеобразная пища полное исключение твердой пищи;
- до 1 месяца пищу нужно принимать в отварном перетертом виде;
- исключить из рациона питания жирной, жареной, острой пищи;
- ограничение физических нагрузок в течении 1 месяца.

Литература

- Васильев Ю.В. Терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни //
- Consillium Medicum; 2002; т. 4, №1: 33-42.
- Заин У.А., Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. и др. Значение суточного
- мониторирования внутрипищеводного рН в диагностике
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и оценке эффективности
- лекарственных препаратов // Клиническая медицина; 1999; №7: 39-42.
- Билхарц Л.И. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии,
- колопроктологии; 1998; т. 8, №5: 69-76.
- Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь //
- Consillium Medicum; 2000; т. 2, №7: 26-32.