



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 во время 24-часового pH-мониторинга

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

«Кислоточувствительный пищевод»

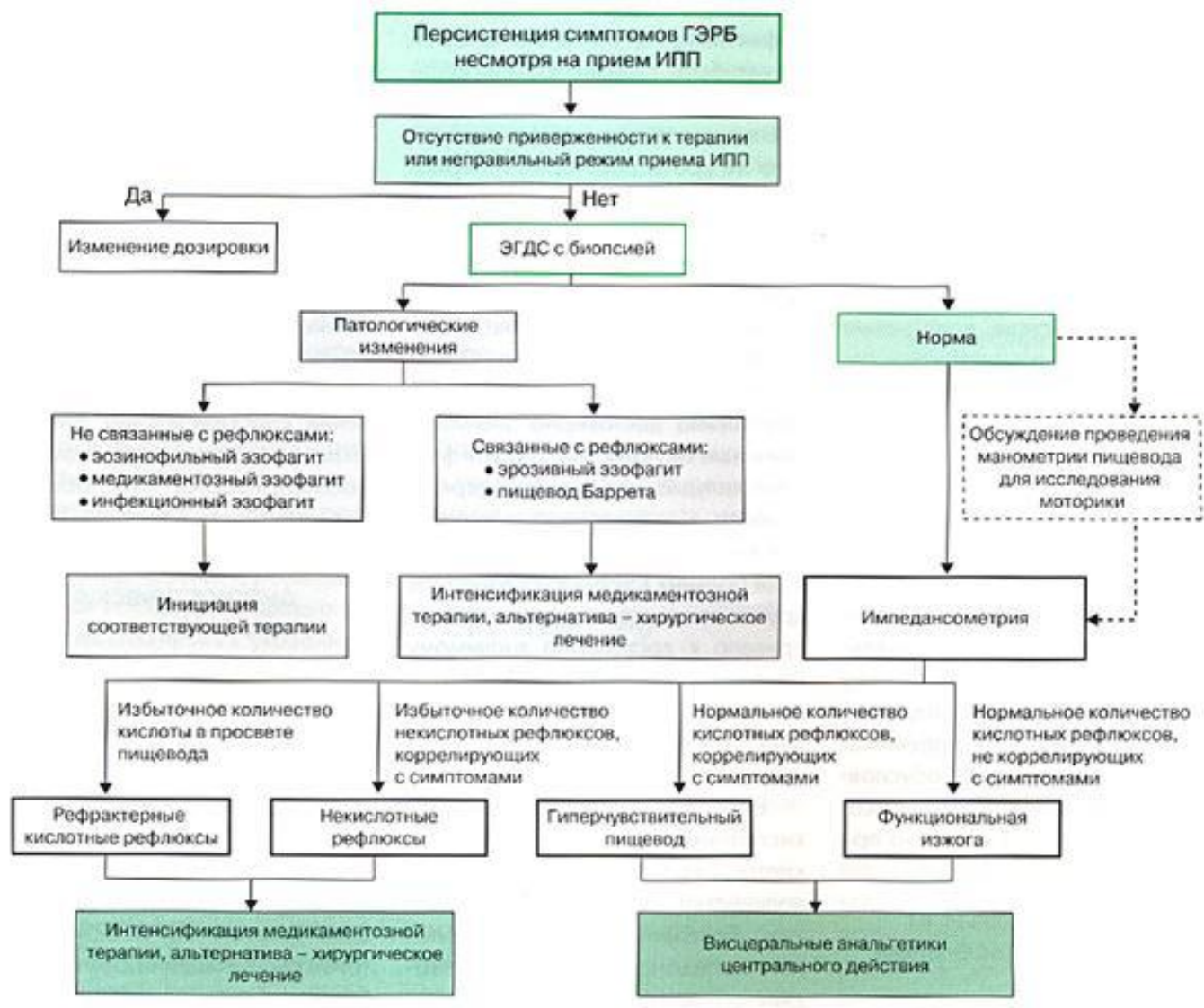
- **дополнительное диагностическое значение** имеет проведение теста Бернштейна (перфузия 0,1 N раствора соляной кислоты в пищевод с оценкой клинической симптоматики)

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 тугой 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

Лечение урсодезоксихолевой кислотой

Лечение урсодезоксихолевой кислотой

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

Содержание

1. Причины ГЭРБ

2. Симптомы ГЭРБ

3. Диагностика ГЭРБ

4. Лечение ГЭРБ

5. Профилактика ГЭРБ

6. Заключение

7. Литература

8. Приложение

9. Заключение

10. Заключение

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	Одинокое, 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 рефлексорного 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