

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Презентация на тему:  
«Курация больных ГЭРБ»**

**Выполнил:  
Бреусов Дмитрий Алексеевич  
3 курс лечебный факультет 6 группа**

# Жалобы

1. Изжога.
2. Отрыжка кислым или горьким.
3. Жгучие боли за грудиной.
4. Отрыжка жидкостью.

# Диагностика

Основными методами диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются рентгенологическое исследование пищевода, эзофагоскопия, сцинтиграфия с радиоактивным технецием, манометрическое исследование пищеводных сфинктеров, суточное мониторирование внутрипищеводного рН.

# Диагностика

Дополнительными методами являются билиметрия и омепразоловый тест, тест Бернштейна, тест Степенко, стандартный кислотный рефлюксный тест, изучение клиренса пищевода, проба с применением метиленового синего, изучение протеолитической интраэзофагеальной активности по методу В.Н. Горшкова, проведение легочных функциональных тестов после интраэзофагеальной перфузии соляной кислоты.

# **Рентгенологическое исследование**

**При проведении рентгеновского исследования с целью выявления гастроэзофагеального рефлюкса больному необходимо выпить контрастную взвесь с сульфатом бария, после эвакуации которой из пищевода в желудок больной обследуется в горизонтальном положении или в положении Тренделенбурга.**

**При наличии гастроэзофагеального рефлюкса барий вновь поступает в пищевод.**

# Эндоскопическое исследование пищевода.

Выявляет воспалительные  
изменения пищевода, эрозии, язвы,  
стриктуры пищевода, пищевод  
Баррета.

**Внутрипищеводная манометрия - проводят с целью оценки функционирования нижнего пищеварительного сфинктера, моторной функции пищевода.**

**Суточная внутрипищеводная рН-метрия: увеличение общего времени рефлюкса и длительность эпизода рефлюкса. Метод позволяет оценить рН в пищеводе и желудке, эффективность лекарственных препаратов; ценность метода особенно высока при наличии внепищеводных проявлений и отсутствии эффекта от терапии.**

## **Кислотный перфузионный тест (тест Бернштейна и Бейкера).**

**При проведении данного теста пациент находится в сидячем положении. Зонд вводят через нос в среднюю часть пищевода (30 см от крыльев носа). Со скоростью 100-200 капель в 1 мин вводят 15 мл 0,1 М соляной кислоты. Тест считается положительным при появлении изжоги, боли за грудиной и стихании их после введения физиологического раствора. Для достоверности тест повторяют дважды. Чувствительность и специфичность этого теста около 80%.**



# Стандартный кислотный рефлюксный тест.

Больному в желудок вводят 300 мл 0,1 М соляной кислоты и регистрируют рН с помощью рН-зонда, расположенного на 5 см выше нижнего пищеводного сфинктера, при проведении маневров, направленных на повышение интраабдоминального давления: глубокое дыхание, кашель, пробы Мюллера и Вальсальвы в четырех положениях (лежа на спине, правом и левом боку, лежа с опущенной на 20° вниз головой). Проба положительна, если снижение рН пищевода регистрируется не менее чем в трех положениях.

## **Зондирование с применением метиленового синего.**

**Через тонкий желудочный зонд пациенту вводят в желудок краситель (3 капли 2% раствора метиленового синего на 300 мл кипяченой воды), далее зонд промывают физиологическим раствором, подтягивают чуть проксимальнее кардии и шприцем отсасывают содержимое пищевода. Проба считается положительной при окрашивании содержимого пищевода в синий цвет.**

# Лечение

**Рекомендации по коррекции образа жизни больного:**

- **изменения положения тела во время сна;**
- **изменения питания;**
- **воздержание от курения;**
- **воздержание от злоупотребления алкоголем;**
- **при необходимости снижение массы тела;**
- **отказ от медикаментов, индуцирующих возникновение ГЭРБ;**
- **исключение нагрузок повышающих внутрибрюшное давление, ношения корсетов, бандажей и тугих поясов, поднятия тяжестей более 8-10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса.**

## **Рекомендуются следующие изменения в питании больного:**

- необходимо исключить переедание, «перекусывание» в ночное время;**
- лежание после еды;**
- после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения;**
- продукты, богатые жиром (цельное молоко, сливки, жирная рыба, гусь, утка, свинина, жирная говядина, баранина, торты, пирожные), напитки, содержащие кофеин (кофе, крепкий чай или кола), шоколад, продукты, содержащие мяту перечную и перец (все они снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера);**

## **Рекомендуются следующие изменения в питании больного:**

- цитрусовые и томаты, жареное, лук и чеснок, поскольку они оказывают прямое раздражающее воздействие на чувствительную слизистую пищевода;**
- ограничивается потребление сливочного масла, маргарина;**
- рекомендуется 3-4-х разовое питание, рацион с повышенным содержанием белка, так как белковая пища повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера;**
- последний прием пищи - не менее чем за 3 ч до сна, после приема пищи 30-минутные прогулки.**

## **Схемы лекарственной коррекции гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (А.А. Шептулин).**

**•схема «поэтапно усиливающейся» терапии, которая предполагает назначение на разных стадиях заболевания различных по силе препаратов и комбинаций. Так, на первом этапе основное место в лечении отводится изменению образа жизни и, при необходимости, приёму антацидных препаратов. При сохранении клинических симптомов на втором этапе лечения назначаются прокинетики или H<sub>2</sub>-блокаторы рецепторов гистамина. Если такая терапия оказывается неэффективной, то на 3-ем этапе применяются ингибиторы протонного насоса или комбинация H<sub>2</sub>-блокаторов и прокинетиков (в особенно тяжелых случаях - комбинация блокаторов протонного насоса и прокинетиков);**

# **Схемы лекарственной коррекции гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (А.А. Шептулин).**

- **схема «поэтапно снижающейся» терапии предполагает с самого начала назначение ингибиторов протонного насоса с последующим переходом после достижения клинического эффекта на приём H<sub>2</sub>-блокаторов или прокинетиков. Применение такой схемы оправдано у больных с тяжелым течением заболевания и выраженными эрозивно-язвенными изменениями слизистой оболочки пищевода.**

## **Варианты медикаментозной терапии с учетом стадии развития ГЭРБ (П.Я. Григорьев):**

- 1. При гастроэзофагеальном рефлюксе без эзофагита на 10 дней назначают внутрь Мотилиум или Цизаприд по 10 мг 3 раза в день в сочетании с антацидами по 15 мл через 1 час после еды, 3 раза в день и 4-й раз перед сном.**
- 2. При рефлюкс-эзофагите I-й степени тяжести - назначают внутрь  $H_2$ -блокаторы: на 6 недель - Ранитидин по 150 мг 2 раза в день или Фамотидин по 20 мг 2 раза в день (для каждого препарата приём утром и вечером с интервалом в 12 часов). Через 6 недель, если наступает ремиссия, лекарственное лечение прекращается.**



## **Варианты медикаментозной терапии с учетом стадии развития ГЭРБ (П.Я. Григорьев):**

- 3. При рефлюкс-эзофагите II-й степени тяжести - на 6 недель назначают Ранитидин по 300 мг 2 раза в день или Фамотидин по 40 мг 2 раза в день или Омепразол 20 мг после обеда (в 14-15 часов). Через 6 недель лекарственное лечение прекращается, если наступила ремиссия.**
- 4. При рефлюкс-эзофагите III-й степени тяжести - на 4 недели назначают внутрь Омепразол 20 мг 2 раза в день, утром и вечером с обязательным интервалом в 12 часов, а далее при отсутствии симптомов продолжают приём Омепразола 20 мг в сутки или другого ингибитора протонного насоса по 30 мг 2 раза в день до 8 недель, после этого переходят на приём блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина в поддерживающей половинной дозе в течение года.**

## **Варианты медикаментозной терапии с учетом стадии развития ГЭРБ (П.Я. Григорьев):**

- 5. При рефлюкс-эзофагите IV-й степени тяжести - на 8 недель назначают внутрь Омепразол 20 мг 2 раза в день, утром и вечером с обязательным интервалом в 12 часов или другого ингибитора протонного насоса по 30 мг 2 раза в день и при наступлении ремиссии переходят на постоянный приём H<sub>2</sub>-блокаторов гистамина. К дополнительным средствам терапии рефрактерных форм ГЭРБ относят Сукральфат (Вентер, Сукратгель) по 1 г 4 раза в день за 30 мин до еды в течение 1 месяца.**

**Благодарю за внимание!**