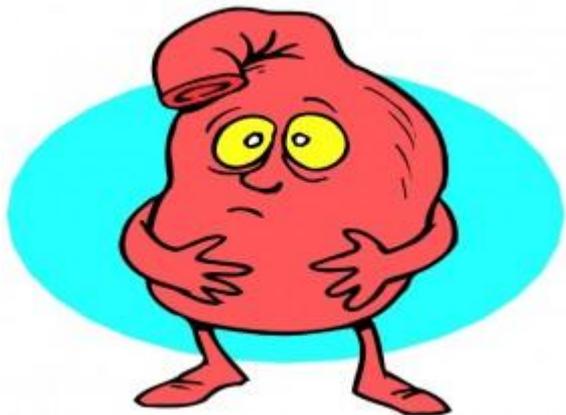


# ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ



# Историческая справка

- \* X век – первые упоминания о симптомах ГЭРБ - труды Авиценны.
- \* 1879 год – первое описание ГЭР - Н.Quinke
- \* 1997 год – появление термина ГЭРБ в международной классификации (Генваль)

## **Устаревшие термины:**

- пептический эзофагит,
- рефлюкс-эзофагит,
- рефлюксная болезнь.
- гастроэзофагеальный рефлюкс.

# Определение ВОЗ

ГЭРБ, это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся воспалительным повреждением дистального отдела пищевода вследствие повторяющегося забрасывания в него желудочного и/или дуоденального содержимого.

# Монреальское определение: глобальный консенсус (2005)

ГЭРБ – это состояние при котором рефлюкс желудочного содержимого вызывает мучительные симптомы и/или осложнения

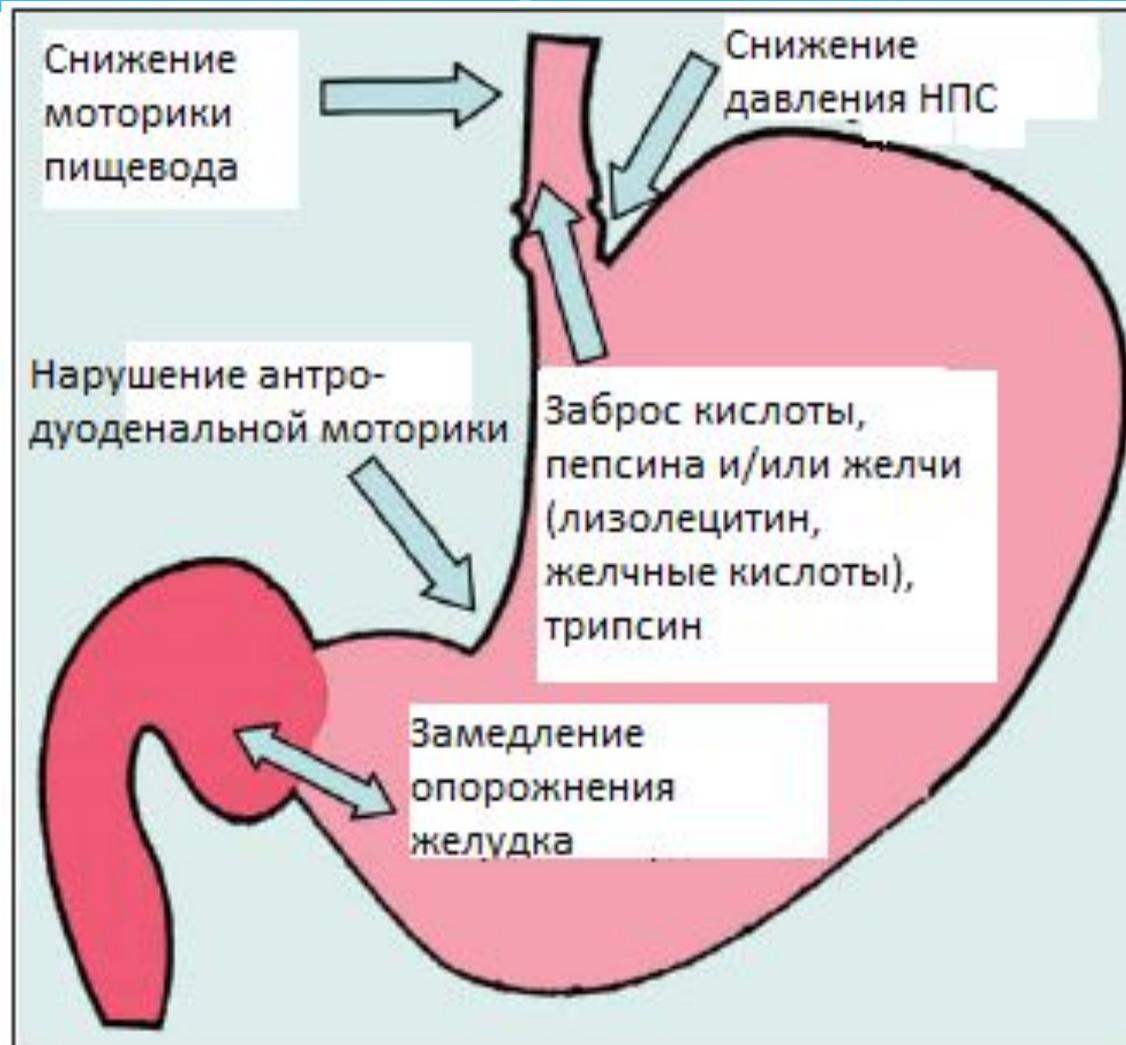
# Эпидемиология

- ❑ Симптомы ГЭРБ выявляются у 21-40% взрослого населения стран Западной Европы
- ❑ Практически каждый третий житель нашей планеты испытывает периодическую изжогу.
- ❑ Распространенность ГЭРБ в России составляет 40-60%
- ❑ По данным российского многоцентрового исследования АРИАДНА изжогу испытывают 59,7% россиян, из них 22,7% - не реже 2–3 раз в неделю и 16% - ежедневно.
- ❑ По данным исследования МЭГРЕ, распространённость ГЭРБ в разных городах России варьирует от 11,6 до 23,6%. При этом лишь 30% испытывающих изжогу обращаются к врачам, остальные лечатся самостоятельно, либо игнорируют этот симптом.

## Факторы способствующие развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)

- \* Недостаточность антирефлюксного барьера (снижение тонуса НПС, недостаточность кардии, грыжа ПОД)
- \* Снижение моторно-эвакуаторной функции желудка
- \* Задержка опорожнения желудка, вследствие нарушения антродуоденальной координации, что приводит к нарушению опорожнения в желудке
- \* Повышение внутрибрюшинного давления
- \* Снижение пищевода клиренса
- \* Снижение резистентности слизистой оболочки пищевода
- \* Воспалительно-эрозивно-язвенные заболевания гастродуоденальной зоны, неизбежно приводящие к развитию вышеуказанных факторов
- \* Повреждающее действие рефлюксата (соляная кислота, пепсин, желчь, панкреатические ферменты) на слизистую оболочку пищевода (развивается при длительном контакте рефлюксата более 1 часа в сутки со СО П).

# Патофизиологические механизмы развития ГЭРБ



# Снижение пищеводного клиренса

Происходит за счет:

- \* Химического компонента (снижение содержания гидрокарбонатов в слюне и уменьшение выработки слюны как таковой)
- \* Объёмного компонента (угнетение вторичной перистальтики и снижение тонуса стенки грудного отдела пищевода).

# Снижение резистентности слизистой оболочки пищевода

- \* Презэпителиальная защита, включающая продукты секреции слюнных желез и желез подслизистой оболочки пищевода (муцин, немугиновый протеин, бикарбонаты, простагландин  $E_2$ , эпидермальный фактора роста).
- \* Эпителиальная защита – нормальная регенерация слизистой оболочки пищевода,
- \* Постэпителиальная защита (нормальный кровоток и нормальный тканевой кислотно-щелочной баланс).

# Концепция «айсберга» (Castell D.O.)

- ❑ Подводная часть «айсберга», это 70-80% больных имеющих слабовыраженные и лишь спорадически возникающие симптомы, по поводу которых они не прибегают к врачебной помощи, занимаясь самолечением, и широко пользуются советами знакомых (**«телефонные рефлюксы»**).
- ❑ Надводная часть «айсберга», это больные с более выраженными или постоянными симптомами, но без осложнений, которым необходимо проводить регулярное лечение – **«амбулаторные рефлюксы»** (20-25%).
- ❑ Вершина «айсберга» – это небольшая группа больных (2-5%) у которых развились осложнения (пептические язвы, кровотечения, стриктуры) – **«госпитальные рефлюксы»**.

# Симптомы ГЭРБ

Пищеводные

Внепищеводные



# Эзофагеальные симптомы ГЭРБ

## Основные

- \* Изжога (83%)
- \* Отрыжка (52%)
- \* Дисфагия (19%)
- \* Срыгивание
- \* Горечь во рту

## Дополнительные

- \* Одинофагия
- \* Боли
- \* Икота
- \* Рвота
- \* Ощущение кома за грудиной

# Основные внепищеводные проявления ГЭРБ

- \* Бронхолегочной синдром
- \* Отоларингологический синдром
- \* Стоматологический синдром
- \* Анемический синдром
- \* Кардиальный синдром

# Бронхолегочной синдром

- \* Хронический кашель
- \* Пароксизмальное ночное апноэ
- \* Приступы пароксизмального кашля
- \* Рефлюкс-индуцированная астма
- \* ХОБЛ
- \* Реже - развитие бронхоэктазов, аспирационной пневмонии, абсцессов легкого, идиопатического легочного фиброза, кровохарканья, ателектаза легкого.

# Отоларингологический синдром

- \* Воспаление носоглотки
- \* Фарингит, ларингит, ларингеальный круп
- \* Язвы, гранулемы и полипы голосовых складок
- \* Стенозирование гортани
- \* Рак гортани
- \* Ринит

# Стоматологический синдром

- \* Развитие эрозий зубной эмали
- \* Кариес
- \* Пародонтит
- \* Стоматит

# Анемический синдром

Проявляется развитием постгеморрагической гипохромной железодефицитной анемии. Возникает вследствие хронического кровотечения из эрозий и/или язв пищевода.

# Кардиальный синдромокомплекс

- \* Боли в грудной клетке, имитирующие стенокардию
- \* Нарушения ритма и проводимости сердца
- \* Ишемия миокарда
- \* Рефлекторная стенокардия
- \* Подъемы артериального давления.

# Среди внепищеводных проявлений ГЭРБ

## Установлена связь

1. Кашель
2. Ларингит
3. Астма
4. Эрозии эмали зубов

## Предполагается связь

1. Синусит
2. Легочной фиброз
3. Фарингит
4. Отит

## Методы диагностики ГЭРБ

Метод исследования	Возможности метода
Гастроскопия	Воспаление пищевода, эрозии, язвы, стриктуры, пищевод Баррета
Суточная рН-метрия	Количество и продолжительность эпизодов рН (эпизоды, при которых рН в пищеводе опускается ниже 4,0 ед. ГЭР имеет место и у здоровых людей, однако продолжительность рефлюкса не должна превышать 5 минут, а суммарное понижение рН до 4 ед. и ниже не должно превышать 4,5% от всего времени записи)
Манометрия	Позволяет определить давление НПС (в норме давление в области НПС составляет 10-30 мм.рт.ст, при ГЭРБ <10)
Рентген	Грыжа ПОД, язвы, стриктуры пищевода, эзофагеальный рефлюкс
Щелочной тест	Быстрое купирование симптомов ГЭРБ при приеме всасывающих антацидов
Тест с ИПП	Прием ИПП купирует симптомы ГЭРБ
Гистология	«Золотой стандарт» диагностики ГЭРБ - 100% верификация диагноза

## Классификация ГЭРБ по Savary-Miller (1978)

0 степень	ГЭРБ без эзофагита (эндоскопически негативная)
1 степень	Отдельные не сливающиеся эрозии и/или эритема дистального отдела пищевода
2 степень	Сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой эрозии
3 степень	Язвенные поражения н/3 пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность пищевода
4 степень	Хроническая язва пищевода, стеноз, пищевод Баррета (цилиндрическая метаплазия слизистой пищевода)



\* СО пищевода больного А.  
Грыжа ПОД, катаральный эзофагит.



\* СО пищевода больной Л.  
Хронический эрозивный эзофагит.



\* СО пищевода больного В.  
Грыжа ПОД, катаральный эзофагит.



\* СО желудка больной Л. Хронический рефлюкс-гастрит

# Осложнения ГЭРБ

- \* Стриктуры пищевода (7-23%)
- \* Язвы пищевода (5%)
- \* Кровотечения из эрозий и язв (2%)
- \* Пищевод Баррета (8-20%)
- \* Рак пищевода
- \* Рефлекторная остановка дыхания, как следствие заброса рефлюксата и спазма гортани

# Лечение ГЭРБ



# Цель лечения

- ❑ Купирование симптоматики, изнуряющего больного и ухудшающего качество его жизни
- ❑ Заживление эрозий и язв
- ❑ Удлинение сроков клинико-эндоскопической ремиссии заболевания
- ❑ Предотвращение возможных осложнений ГЭРБ
- ❑ Повышение качества жизни больных

# Лечение ГЭРБ

I этап. Изменение образа жизни

II этап. Медикаментозная  
антирефлюксная терапия

III этап. Поддерживающая  
терапия.

# Изменение образа жизни



- \* Борьба с избыточным весом
- \* Дробное питание
- \* Ходьба по 30 мин. после еды
- \* Не ложиться после еды в течение (1-1,5 часов)
- \* Сон с приподнятым на 15 см головным концом кровати
- \* Не принимать пищу перед сном
- \* Не носить тесной одежды и тугих поясов
- \* Исключить работу с длительным наклоном туловища
- \* Отказ от пищи снижающих тонус НПС и усиливающих газообразование (жирная пища, шоколад, лук, чеснок, перец, кофеин-содержащие и газированные напитки, цитрусовые, томаты)
- \* Отказ от алкоголя
- \* Отказ от курения.
- \* Снижение веса)
- \* По возможности отказ от лекарств снижающих тонус НПС
- \* Избегать напряжения брюшного пресса

# Основные антисекреторные препараты и их суточные дозировки

## Ингибиторы протонной помпы - «золотой стандарт» в лечении

- \* Омепразол (омез, омепрол, лосек, зероцид) по 20 мг 2 раза
- \* Лансопразол по 30 мг 2 раза
- \* Пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза
- \* Рабепразол (париет) по 20 мг 2 раза
- \* Эзомепразол (нексиум) по 40 мг 1 раз/сутки

## H<sub>2</sub>-блокаторы

- \* Ранитидин (зантак, ранисан) по 150 мг 2 раза
- \* Фамотидин (ульфамид, гастросидин, пепсид, лецидил, квамател) по 20 и 40 мг 2 раза
- \* Низатидин (аксид) по 150 мг 2 раза
- \* Роксатидин по 150 мг 2 раза

# Алгинаты, алюминий-содержащие антациды

- \* Гевискон по 2–4 тб (таблетки тщательно разжевать) или 10-20 мл суспензии после еды или н/ночь (если гевискон-форте принимать вдвое меньшую дозу)
- \* Топалкан по 2 таблетки (тщательно разжевать) или по 1 пакетику 3 раза в день до еды
- \* Алмагель по 5-10 мл суспензии после еды и на ночь,
- \* Алгелдрат/магния гидроксид по 1-2 таблетке, или по 5-10 мл суспензии
- \* Маалокс по 1-2 таблетке или по 1-2 пакетика после еды и на ночь
- \* Фосфалюгель по 1-2 пакетика после еды и на ночь
- \* Гастал по 1-2 таблетке после еды и на ночь,
- \* Гелюсил-лак по 1 тб или по 1 пакетику после еды и на ночь.

## Гастроцитопротекторы

Мизопростол (сайтотек), по 200 мкг 3 раза в день сразу после еды и н/ночь,

Де-нол, по 120 мг за ½-1час до еды и на ночь

Вентер (сукралфат), по 0,5-1г 3 раза в день за ½-1час до еды и перед сном

## Прокинетики

1. Итоприда гидрохлорид (ганатон) внутрь по 50 мг 3 раза в день до еды.
2. Мотилиум (домперидон), внутрь по 10 мг 3-4 раза в день до еды или по 30 мг в свечах.

# Медикаментозная антирефлюксная терапия при кислотных рефлюксах

Антисекреторные ЛС (предпочтительней ИПП)

+

прокинетики

+

альгинаты

**При необходимости: гастроцитопротекторы**

**Длительность основного курса лечения 8-16  
недель**

# Медикаментозная антирефлюксная терапия при ДГР, желчных, панкреатических и смешанных рефлюксах

Антисекреторные ЛС (предпочтительней ИПП)

+

прокинетики

+

алгинаты

+

урсодезоксихолевая кислота.

**При необходимости: гастроцитопротекторы**

**Длительность основного курса лечения 8-16 недель**

# Поддерживающая терапия (в минимально эффективных дозах)

В течение 4-6 месяцев, в некоторых  
случаях до года.



Терапия «по требованию»

При возобновлении симптомов ГЭРБ  
после отмены антирефлюксной терапии

# Пожизненная антирефлюксная терапия

При наличии осложнений ГЭРБ в виде кровотечений, пептических стриктур пищевода, пищевода Баррета, выраженной хиатальной грыже показано хирургическое лечение.



**Спасибо за внимание!**