

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

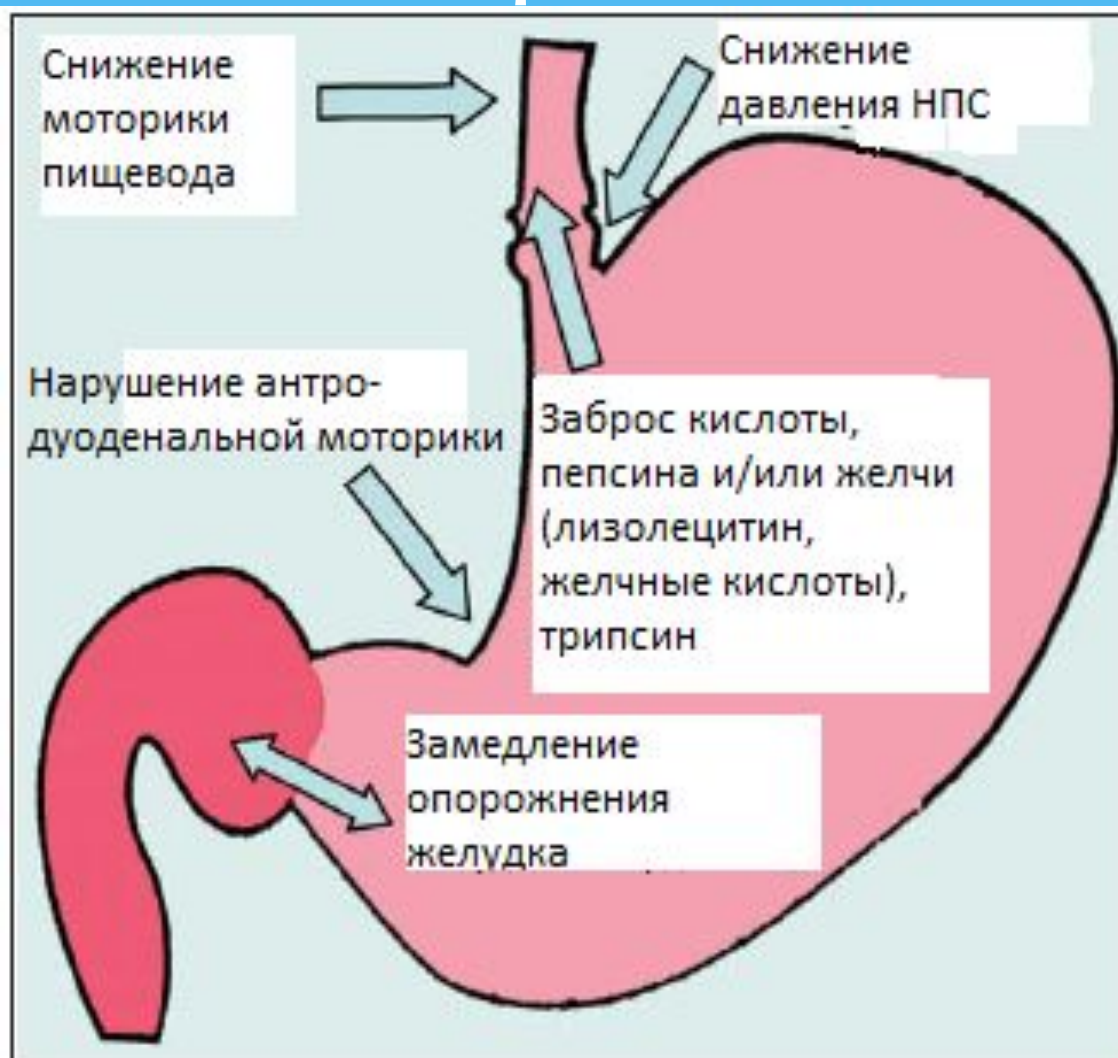
Эпидемиология

- ❑ 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

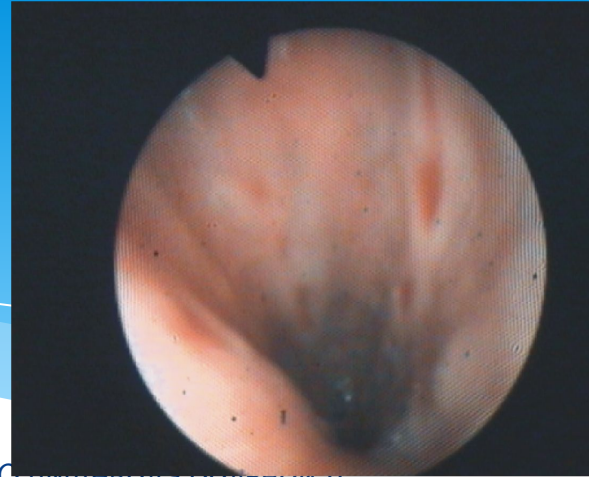
Метод исследования	Возможности метода
Гастроскопия	Воспаление пищевода, эрозии, язвы, стриктуры, пищевод Баррета
Суточная рН-метрия	Количество и продолжительность эпизодов рН (эпизоды, при которых рН в пищеводе опускается ниже 4,0 ед. ГЭР имеет место и у здоровых людей, однако продолжительность рефлюкса 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

H₂-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!