ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ (ГЭРБ)

Определение. Хроническое прогрессирующее заболевание с развитием характерных симптомов и/или воспалительного поражения дистальной части пищевода вследствие заброса желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.

Этиопатогенетические факторы

1.Повышение внутрибрюшного и интрагастрального давления (ожирение, переедание, заглатывания воздуха, запоры, объемные процессы в брюшной полости, бандаж, ношение тугих корсетов и поясов).

2.Снижение тонуса нижнепищеводного сфинктера (НПС) (сахарный диабет, прогестерон, пожилой возраст, лекарственные препараты (холинолитики, β-блокаторы, антагонисты кальция, нитраты, седативные, транквилизаторы, теофиллин, простагландины и др.); пищевые продукты (жиры, шоколад, цитрусовые, томаты, кофе), а также алкоголь и курение.

3.Снижение клиренса пищевода (химического, объемного) и нарушение в нем микроциркуляции

4.Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД): нарушается клапанный механизм кардии; нивелируется запирающее действие ножек диафрагмы на пищевод.

Классификация (Лос-Анжелес, 1994, Генваль, 1999)

1.Рефлюкс - эзофагит (эндоскопически позитивная ГЭРБ) (табл. 1)

2.Неэрозивная рефлюксная болезнь (эндоскопичесски негативная)

Таблица 1

Классификация эндоскопически позитивной ГЭРБ

Степень	Эндоскопическая картина
A	Дефект слизистой (один или более) размером меньше 5 мм
B	Дефекты слизистой размером больше 5 мм, не выходящие за пределы 2-х складок слизистой оболочки пищевода (СОП)
C	Дефекты слизистой, выходящие за пределы двух складок СОП, но захватывающие < 75% окружности
D	Дефекты слизистой, захватывающие 75% и более окружности СОП
Осложнения	*Местные* (язва, стриктура, кровотечение, пищевод Баррета (замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии на участке более 1 см в дистальном отделе пищевода на 1 см выше уровня кардиоэзофагеального перехода), аденокарцинома *Внепищеводные* (ларингит, бронхиальная астма, аспирационные пневмонии)

Клинические синдромы

1.Пищеводные:

-Изжога не менее 2 дней в неделю, усиливающаяся после еды, алкоголя, газированных напитков, при наклонах, в горизонтальном положении.
-Отрыжка кислым, регургитация (срыгивание)
-Одинофагия
-Дисфагия (при стриктуре пищевода)
-Ощущение кома за грудиной
-Боль в эпигастральной области или в области мечевидного отростка, усиливающаяся после еды и при наклонах, горизонтальном положении, уменьшающаяся после приема антацидов
2.Внепищеводные:
-Кардиальные (ангинозоподобные боли, рефлекторные аритмии)
-Бронхолегочные (приступообразный ночной кашель, бронхоспазм, аспирационная пневмония),
-Стоматологические (кариес, периодонтит),
-Оториноларингологические (ларингит, гранулемы голосовых связок, ринит, отит).

Объективные признаки

Болезненность при пальпации эпигастральной области под мечевидным отростком.

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови
2.Биохимический анализ крови (сахар, АЛТ, АСТ, билирубин, амилаза)
3.Копрограмма

Методы инструментальной диагностики

О с н о в н ы е:

1.ФГДС с прицельной биопсией слизистой пищевода, в то числе, в режиме NBI (узкоспектральная эндоскопия с оптическим увеличением в 150 раз), конфокальная лазерная эндомикроскопия (увеличение до 1000 раз).
2. Рентген пищевода.

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1. Суточная pH-импедансометрия (pH менее 4 - при кислотном, более 7 – при желчном рефлюксе, длительность эпизода рефлюкса более 5 минут).
2. Пищеводная манометрия.
3.Сцинтиграфия пищевода с радиоактивным изотопом технеция (определение клиренса пищевода).
4.Тест Берштейна с перфузией 0,1N раствора HCl в пищевод (появление характерной симптоматики ГЭРБ даже при отсутствии изменений при эндоскопии и pH-метрии)
5.УЗИ органов брюшной полости
6. ЭКГ

Примеры формулировки диагноза:

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неэрозивная (эндоскопически негативная).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит, степень «В». Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Дифференциально-диагностический ряд

1.При болевом синдроме в грудной клетке – со стенокардией;

2.При дисфагии – с доброкачественными и злокачественными опухолями пищевода, со стриктурами пищевода (химическими, лекарственными, при болезни Крона, склеродермии), ахалазией кардии.

3.При бронхообструктивном синдроме – с бронхиальной астмой, с хроническим бронхитом.

Принципы терапии

1.Максимально быстрое облегчение симптомов

2.Заживление эрозивно-язвенных дефектов

3.Предотвращение рецидивов и осложнений ГЭРБ

Курс терапии 4-12 недель

Диета с ограничением продуктов, расслабляющих нижнепищеводный сфинктер (НПС) (животных жиров, шоколада, мяты, специй, лука, кофе, томатов, цитрусовых, алкоголя)

Немедикаментозная терапия

Изменение стиля жизни и диета

- избегать обильного приема пищи и не есть на ночь;
- после приема пищи избегать наклонов вперед и не ложиться;
- отказаться от курения;
- не носить тесную одежду и тугой пояс;
- спать с приподнятым головным концом кровати;
- контролировать массу тела и предотвращать состояния, повышающие внутрибрюшное давление;
- ограничить приём лекарств, вызывающих рефлюкс (антихолинергические, седативные и транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, теофиллин, простагландины, нитраты и т.п.).

Медикаментозная терапия

1.Секретолитики:

-ингибиторы протонной помпы (ИПП) (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол или эзомепразол),

-Н2-гистаминоблокаторы (фамотидин)

2.Антациды или алгинаты (маалокс, фосфалюгель, альмагель, гевискон)

3.Прокинетики (домперидон (мотилиум), итоприда гидрохлорид (ганатон, итомед))

При эндоскопически негативной ГЭРБ или рефлюкс-эзофагите степени“ А”:

- ♦ изменение жизненного режима;
- ♦ омепразол 20 мг (пантопразол 40мг, рабепразол 20 мг) утром натощак 4-6 недель, затем – терапия по требованию.
- ♦ прокинетик: итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в сутки за 20 минут до еды до 4 недель;

- ♦ антациды (фосфалюгель, маалокс, альмагель и др.) по требованию.

При рефлюкс-эзофагитах степени "B-D":

- ♦ изменение жизненного режима;
- ♦ омепразол (лосек, омез) 20-40 мг (до 80 мг) в сутки; лансопразол (ланзап) 30-60 мг в сутки; рабепразол (париет) 20-40 мг (до 80 мг) в сутки; 4-8 недель, затем – поддерживающая терапия в половинной дозе до 4-5 месяцев.
- ♦ Прокинетик
- ♦ Антацид

При дуоденальном (щелочном) рефлюксе, содержащем желчные кислоты – УДХК в дозе 250 – 350 мг/сут. в сочетании с прокинетиками.

Хирургическое лечение (фундопликация).
Показания: побочное действие препаратов, отсутствие эффекта от адекватно проводимой консервативной терапии в течение 6 месяцев; наличие осложнений ГЭРБ, особенно пищевода Барретта
Эндоскопическое лечение (аблация патологически измененной слизистой: аргон-плазменная коагуляция, электрокоагуляция, лазерная) – при пищеводе Баррета
Рабочая схема терапии
Rp: Tab. Omeprazoli 20mg
D.S. По 1 таб. утром натощак и перед ужином

Rp: Tab. Motiliumi 10mg
D.S. По 1 таб. за 20 минут до еды 3 раза в день до 2 недель

Rp: Tab. Maaloxi
D.S. По 1-2 таб. через1,5 часа после еды и на ночь (таблетку рассосать или разжевать)
Профилактика
Первичная профилактика.
1.Активное выявление факторов риска и лиц, предрасположенных к возникновению данного заболевания.
2.Диспансерное наблюдение за ними, соблюдение рекомендаций по изменению образа и стиля жизни, а также режима и характера питания.
Вторичная профилактика.
1.Активное выявление больных с клинически выраженными формами заболевания, частыми обострениями и адекватная терапия в течение 4-8 недель.
2.Диспансерное наблюдение за больными и систематическое противорецидивное лечение, которое проводится в течение 6-12 месяцев, а иногда постоянно:

1. Прокинетики (ганатон 5-10 мг 1-2 раза в сутки);
2. Антациды (гевискон двойное действие, фосфолюгель, маалокс, альмагель и др.) 1-4 раза в сутки;
3. Ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол) 1-2 раза в сутки

Особого диспансерного наблюдения требуют лица с пищеводом Барретта. Необходимо длительное противорецидивное лечение с удвоенными дозами кислотоснижающих препаратов, контрольная ФГДС с гистологическим исследованием через 3, 6 месяцев, а затем ежегодно.