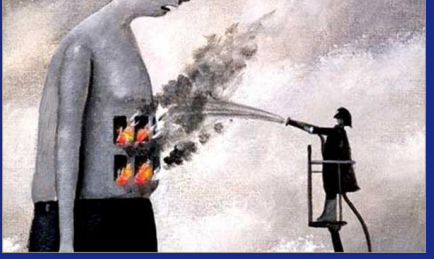
# ГЭРБ - проблема XXI века



Мехтиев С.Н.
профессор  кафедры госпитальной терапии СПбГМУ им. И.П.Павлова

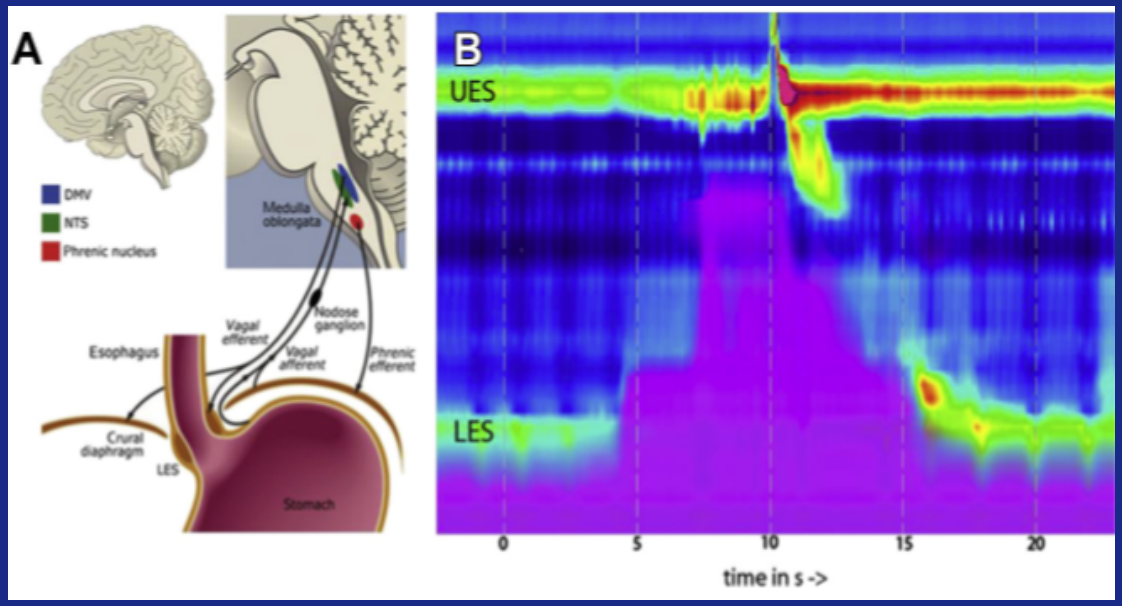


# Изжога

**Изжога – это чувство ретростернального жжения, дискомфорта, которое может иррадиировать в шею и обычно возникает после еды, во время физических усилий или лежа**

Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am. J. Gastroenterol.*101(8),1900–1920; quiz 1943(2006).

# Физиология релаксации НПС TLESR




Ravinder K. Mittal at al. Transient lower esophageal sphincter relaxation. **Gastroenterology** Volume 109, Issue 2, Pages 601–610, August 1995

# Изжога

Агрессивные свойства рефлюксата:

- соляная кислота, пепсин
- панкреатический секрет
- желчные кислоты



# От симптома «изжога» к диагнозу

ГЭРБ

Функцио-
нальные
расстройства

ЯБ



## Когда изжога является проявлением ГЭРБ?

ДЖВП



ХГ

Рак

Панкреа-
тит

«Если изжога является единственным симптомом, то ее причиной в 75% случаев служит ГЭРБ»




*Statement 13, Genval Workshop Report*

# Монреальское определение рефлюксной болезни

ГЭРБ:
рефлюкс содержимого желудка вызывает беспокоящие пациента симптомы и/или осложнения

**Vakil et al. Am J Gastroenterol 2006;101:1900–20**



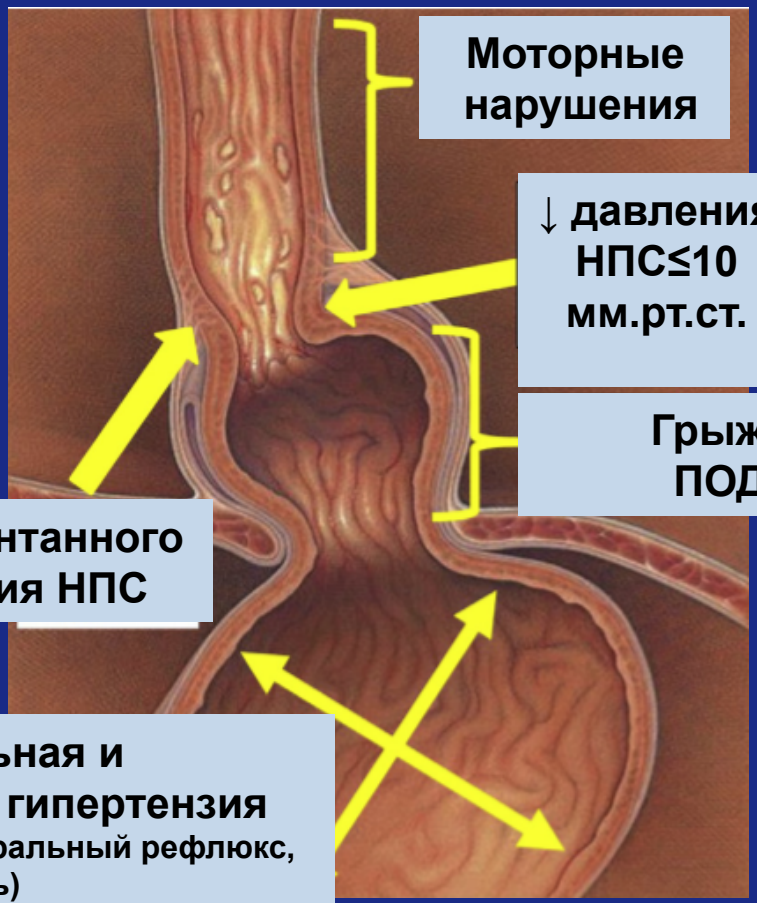
# ГЭРБ в МКБ-10

**K20 Эзофагит**
**- БДУ - химический - пептический**
**Исключено:**
**рефлюкс-эзофагит (K21.0)**
**эзофагит с гастроэзофагеальным рефлюксом (K21.0)**
**эрозия пищевода (K22.1)**

**K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс**
**K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом**
**K21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита**

**K22 Другие болезни пищевода**
**K22.1 Язва пищевода**
**- БДУ -химическая -грибковая -пептическая**
**K22.2 Непроходимость пищевода**
**Исключено: врожденный(ая) стеноз или стриктура пищевода (Q39.3)**

# Патогенез ГЭРБ




C.Hom. Extraesophageal Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease. Gastroenterology Clinics of North America. Volume 42, Issue 1, March 2013
Chang & Friedenberg. Obesity and GERD Gastroenterol Clin N Am 43 (2014

# Механизмы изжоги

**ВОЗДЕЙСТВИЕ рефлюксата НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПИЩЕВОДА**

**РАСТЯЖЕНИЕ СТЕНОК ПИЩЕВОДА и СОКРАЩЕНИЕ ЕГО МЫШЦ**

**ИЗЖОГА**

**ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ГИПЕРЧУВСТВИ-ТЕЛЬНОСТЬ ПИЩЕВОДА (ФУНКЦИОНАЛЬ-НАЯ ИЗЖОГА)**

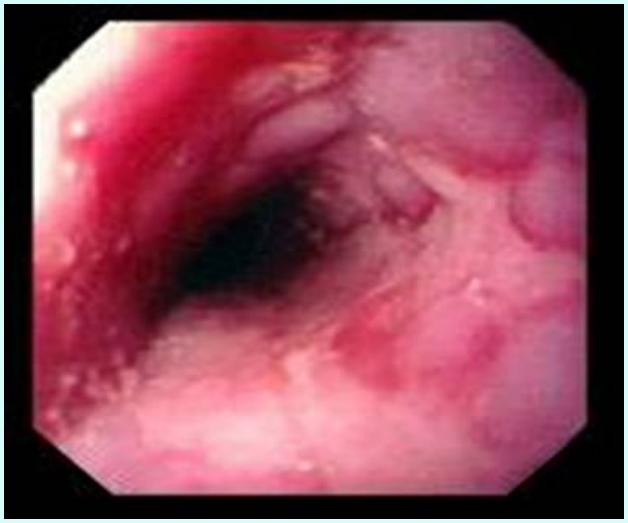


# Как изменяется pH при ГЭРБ?

-pH пищевода в норме - 5,5-7,0.

-Снижение pH в пищеводе <4,0 должно в течение суток не превышать 1 час (5% от времени суток).

-При ГЭРБ общее время снижения внутрипищеводного pH за сутки составляет от 4 до 14,5 часов (25-60% времени суток).



# Первый этап – самолечение!



Наличие у пациента типичных симптомов рефлюкса (изжога, регургитация) не чаще 1 раза в неделю возможна симптоматическая коррекция путем самостоятельного приема лекарственных средств.

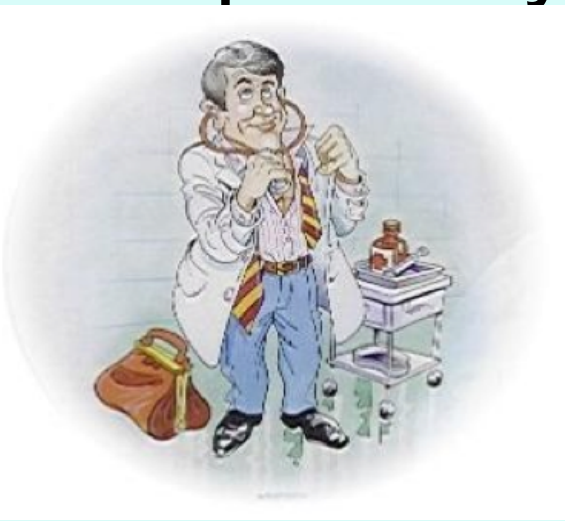
*Когда самолечение заканчивается и надо идти к врачу?*



При развитии частых клинических проявлений ГЭРБ (2 раза в неделю) жалобы расцениваются как «причиняющие беспокойство больному»

*К какому врачу обращается пациент с изжогой?*

Терапевту или врачу общей практики



*Что должен сделать терапевт при обращении пациента с изжогой?*

ОЦЕНИТЬ:

-образ жизни больного, анамнез его болезни и жизни, наследственный и аллергологический анамнез

-**установить диагноз без диагностических тестов!**

исключить другую патологию (ССС)

-при наличии «нетипичных» симптомов назначить консультацию гастроэнтеролога.

# Рекомендации ACG, 2013

1. Диагноз ГЭРБ ставится на основании типичных симптомов изжоги и регургитации. Эмпирическая терапия ИПП рекомендуется *(Строгие рекомендации, средний уровень доказательств).*

2.У пациентов с болями в грудной клетке не-кардиального генеза с возможной причиной ГЭРБ, необходимо провести комплексное обследование до ИПП *(Условные рекомендации, средний уровень доказательств).*

Исключение кардиологической патологии должно предшествовать исключению патоло-гии ЖКТ *(Строгие рекомендации, низкий уровень доказательств)*

# Второй этап – первичная медицинская помощь

**(терапевт/врач общей практики)**

## Нефармакологическая терапия и назначение или оптимизация ранее проводившейся терапии




**1. Режим питания**

- избегать обильного приема пищи и не есть на ночь;
- после приема пищи избегать наклонов вперед и не ложиться;
- ограничить потребление продуктов, снижающих давление НПС и оказывающих раздражающее действие (животные жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые);




**2. Не носить тесную одежду и тугой пояс;**

**3. Отказ от курения;**

**4. Контроль за массой тела и состояниями, повышающими внутрибрюшное давление;**

**5.Ограничить прием лекарств, вызывающих рефлюкс**

(антихолинергические, седативные, транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, теофиллин, простагландины, нитраты).

**6. Спать с приподнятым головным концом кровати;**

# *Когда пациента с ГЭРБ направляют к гастроэнтерологу?*



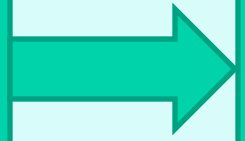

-неэффективности терапии
-неудовлетворенности пациентами результатами лечения
-рефрактерности к проводимой терапии

**наличии симптомов «тревоги»:**

Монреальский консенсус, 2006

# Симптомы тревоги при изжоге

- ***Дисфагия***
- ***Кровотечение***
- ***Анемия***
- ***Снижение веса***
- ***Поперхивание***
- ***Боль в грудной клетке***
- ***Частые рвоты***



Консультация гастроэнтеролога

Монреальский консенсус, 2006

# Рекомендации ACG, 2013

1. Диагноз ГЭРБ ставится на основании типичных симптомов изжоги и регургитации. Эмпирическая терапия ИПП рекомендуется *(Строгие рекомендации, средний уровень доказательств).*
2. У пациентов с болями в грудной клетке некардиального генеза с возможной причиной ГЭРБ, необходимо провести комплексное обследование до назначения ИПП *(Условные рекомендации, средний уровень доказательств).*

Исключение кардиологической патологии должно предшествовать исключению патологии ЖКТ *(Строгие рекомендации, низкий уровень доказательств)*

# Ключевые синдромы ГЭРБ



## Эзофагеальные синдромы:

1. **Типичный рефлюксный синдром**

**(изжога, отрыжка, регургитация/срыгивание/с-м «шнурков», боль в эпигастрии, тошнота)**

2. **Синдром рефлюксной боли в грудной клетке**

**(болезненное глотание, дисфагия, кардиалгии)**

## Синдромы повреждения пищевода:

1. **Рефлюкс эзофагит**
2. **Рефлюксная стриктура**
3. **Пищевод Барретта**
4. **Аденокарцинома пищевода**

Монреальский консенсус, 2006

*Vakil N et al, Am J Gastroenterol 2006; 101(8):1900-20.*

# Ключевые синдромы ГЭРБ



## Внепищеводные синдромы:

### *Связь с ГЭРБ доказана*

1. Синдром рефлюксного кашля
2. Синдром рефлюксной астмы
3. Синдром рефлюксного ларингита
4. Синдром рефлюксных эрозий зубов

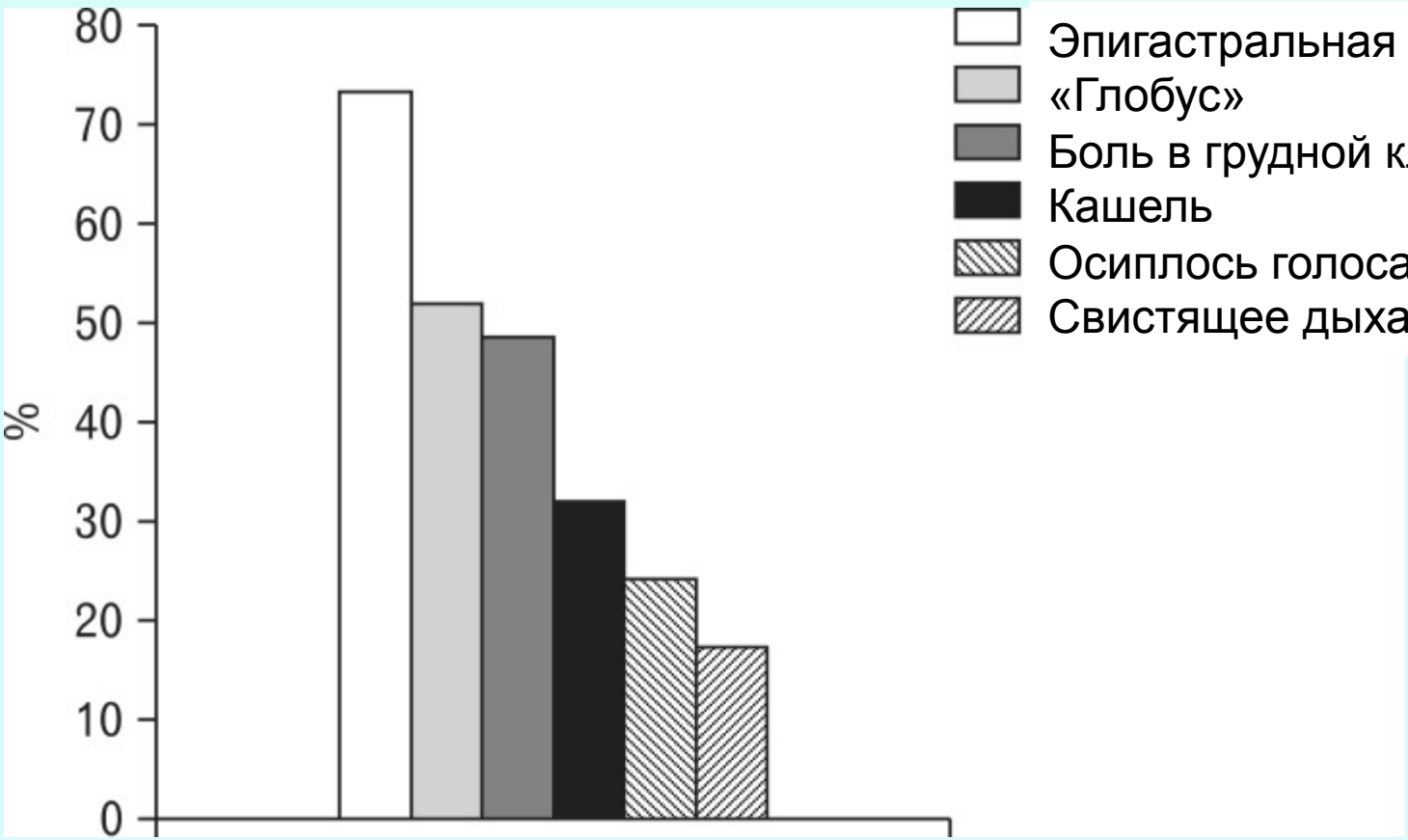
### *Связь с ГЭРБ предполагается*

1. Фарингит
2. Синусит
3. Идиопатический фиброз легких
4. Рецидивирующий средний отит

Монреальский консенсус, 2006

*Vakil N et al, Am J Gastroenterol 2006; 101(8):1900-20.*

# Частота внепищеводных проявлений ГЭРБ




Yang Won Min Prevalence of **Extraesophageal Symptoms** in Patients With **Gastroesophageal Reflux** Disease: A Multicenter Questionnaire-based Study in Korea. J Neurogastroenterol Motil. Jan 2014; 20(1): 87–93.

# Рекомендации ACG, 2013

-Диагноз ГЭРБ ставится на основании типичных симптомов изжоги и регургитации. *(Строгие рекомендации, средний уровень доказательств).*

-Рентгенография с барием не должна выполняться для подтверждения ГЭРБ *(Строгие рекомендации, высокий уровень доказательств)*

-ФГДС не требуется в типичных случаях ГЭРБ. Эндоскопия рекомендуется при симптомах «тревоги» и скрининга пациентов с высоким риском осложнений. Контрольная ФГДС не нужна при отсутствии пищевода Барретта и новых симптомов *(Строгие рекомендации, средний уровень доказательств)*


PRACTICE GUIDELINES

Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease

# Рекомендации ACG, 2013

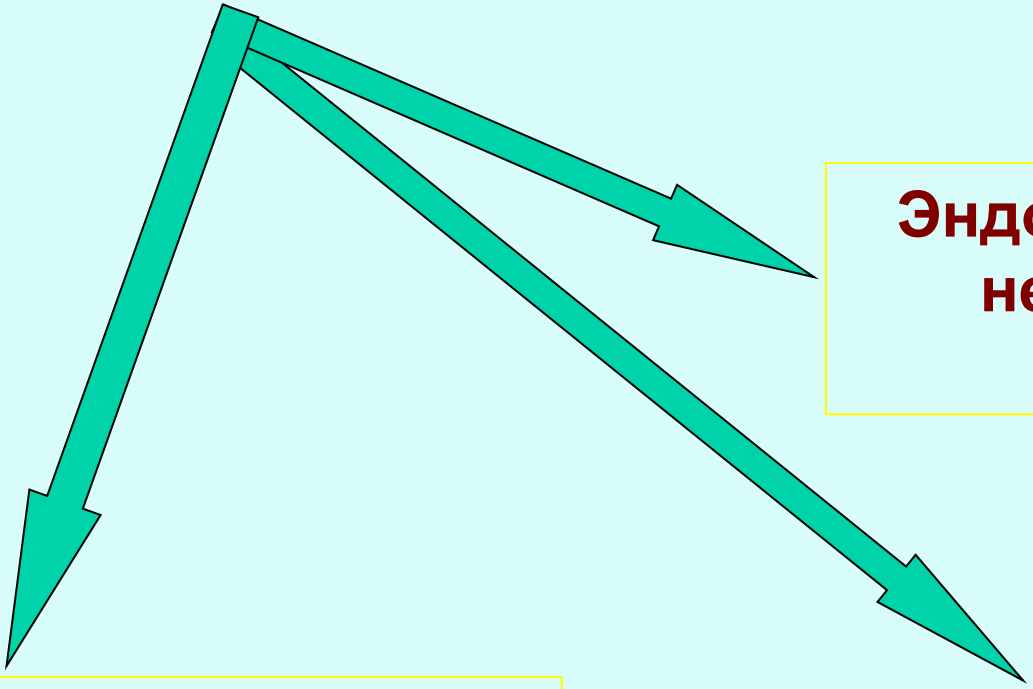
5. Рутинная биопсия дистального отдела пищевода для диагностики ГЭРБ не рекомендуется *(Строгие рекомендации, средний уровень доказательств)*

6. Пищеводная манометрия рекомендуется для предоперационной оценки, но не играет существенной роли в диагностике *(Строгие рекомендации, низкий уровень доказательств).*

7. Мониторинг рефлюкса амбулаторно необходим для оценки рефрактерности к ИПП и в сомнительных случаях *(Строгие рекомендации, низкий уровень доказательств)*

New guidelines on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease (GERD). Dr. Philip Katz, Dr. Lauren Gerson, and Dr. Marcelo Vela. American College of Gastroenterology (ACG) /*The American Journal of Gastroenterology, 2013*

# ГЭРБ
# классификация



**Эндоскопически негативная НЭРБ**

**Эндоскопически позитивная (с эрозивным эзофагитом)**

Пищевод Барретта

Генвальское соглашение , 1997

# Эндоскопически позитивная ГЭРБ

**Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита (1994 г.)**

**A степень**

**B степень**

**C степень**

**D степень**

# Фармакологическая терапия ГЭРБ

1. Прокинетики
2. Антациды/альгинаты
3. Блокаторы гистаминовых $H_2$-рецепторов
4. Ингибиторы протонного насоса

Монреальский консенсус, 2006

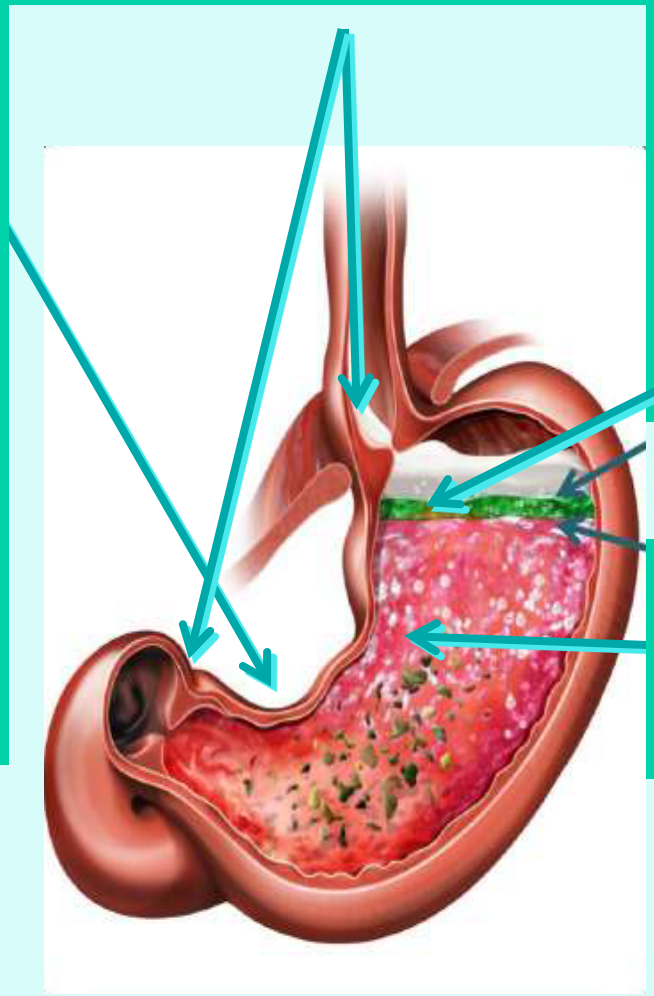
# ГЭРБ: *точки приложения лекарств*

**ИПП**

**$H_2$-блокаторы:**

**блокирование выработки кислоты, уменьшение объема желудочного секрета**

**Прокинетик:**
**регуляция моторики**



**Альгинат:**
**физический антирефлюксный эффект – рафт, нейтрализация постпрандиального «кислотного кармана»**

**Антацид:**
**нейтрализация кислоты**

# Рекомендации ACG

New guidelines on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease (GERD).
Dr. Philip Katz, Dr. Lauren Gerson, and Dr. Marcelo Vela. American College of Gastroenterology (ACG) /*The American Journal of Gastroenterology, 2013*

1. Снизить вес при избыточном весе или недавней прибавке веса *(Условные рекомендации, средний уровень доказательств)*
2. Для пациентов с ночными симптомами ГЭРБ: поднять головной конец кровати и избегать приема пищи за 2-3 часа до сна *(Условные рекомендации, низкий уровень доказательств).*
3. Исключить пищу-триггер рефлюкса (шоколад, кофеин, алкоголь, кислую и/или перченую пищу) *(Условные рекомендации, низкий уровень доказательств)*


Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease

**Положение 4:**
**Терапией выбора является 8-ми недельный курс ИПП для облегчения симптомов и заживления эрозий пищевода.**
***(Строгие рекомендации, высокий уровень доказательств)***

Нет разницы в эффективности между различными ИПП.

# Рекомендации ACG

New guidelines on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease (GERD). Dr. Philip Katz, Dr. Lauren Gerson, and Dr. Marcelo Vela. American College of Gastroenterology (ACG) /*The American Journal of Gastroenterology, 2013*

6. ИПП инициально назначаются однократно утром до еды и при необходимости доза титруется, назначается индивидуально *(Строгие рекомендации, низкий уровень доказательств)*
7. Неответившие на ИПП должны быть повторно оценены *(Условные рекомендации, низкий уровень доказательств).*
8. Для пациентов с частичным ответом, эффективным может оказаться увеличение дозы, двукратный прием или переход на другой ИПП *(Условные рекомендации, низкий уровень д-в)*
9. Постоянная терапия ИПП должна быть назначена при возобновлении симптомов после отмены ИПП и пациентам с осложнениями *(Строгие рекомендации, средний уровень доказательств).*
10. Должна назначаться минимально эффективная доза, включая терапию «on demand» и интермиттирующий прием *(Условные рекомендации, низкий уровень доказательств)*

# Рекомендации ACG, 2013

11. Любая терапия, кроме кислотоподавляющей, требует дополнительного обоснования *(Строгие рекомендации, средний уровень доказательств)*

12. Н2-блокаторы могут добавляться к ИПП перед сном при ночных симптомах *(Условные рекомендации, низкий уровень доказательств)*

13. Сукральфат не играет существенной роли в лечении у небеременных пациентов *(Условные рекомендации, средний уровень доказательств).*

New guidelines on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease (GERD). Dr. Philip Katz, Dr. Lauren Gerson, and Dr. Marcelo Vela. American College of Gastroenterology (ACG) /*The American Journal of Gastroenterology, 2013*

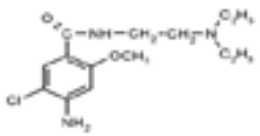
# Прокинетики

**ГЭРБ + ФД**

**ИПП + прокинетик**

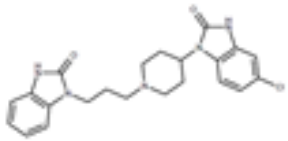
**Более половины пациентов с ГЭРБ страдают от симптомов функциональной диспепсии**

**Метоклопрамид**

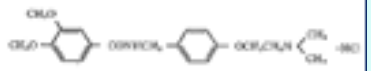


Блокатор дофаминовых $D_2$ рецепторов

**Домперидон**



**Итоприд**



**Диспепсия вследствие желудочно-пищеводного рефлюкса, эзофагита (в РФ)**

**ФД (изжога)**

**(в РФ)**

- **Прокинетики – не одобрены FDA для лечения ГЭРБ**

New guidelines on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease (GERD). Dr. Philip Katz, Dr. Lauren Gerson, and Dr. Marcelo Vela. American College of Gastroenterology (ACG) /*The American Journal of Gastroenterology, 2013*

Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. РЖГГК: 2012; №3 стр 80-92

# Дополнительная терапия ГЭРБ

**Совет экспертов «Изжога в практике врача-терапевта»**

21.12.2013
Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) широко распространены. Изжога и кислая отрыжка встречается в Российской популяции у 20-40% взрослых. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) на сегодняшний день признаются лучшим классом препаратов для купирования этого симптома. Как и во многих других странах, в Российской Федерации с недавнего времени ИПП, традиционно относящиеся к группе рецептурных препаратов, становятся доступными в виде безрецептурных (ОТС) средств. Так, с 2014 года предстоит переход препарата Париет (рабепразол) в дозе 10 мг в безрецептурную форму. Показанием к применению Париета 10 мг установлены «Симптомы диспепсии, связанной с повышенной кислотностью желудочного сока, в т.ч. симптомы гастроэзофагеального рефлюкса (изжога, кислая отрыжка)»
Совет экспертов призван для обсуждения потенциальных преимуществ и рисков, связанных с возможностью безрецептурного применения ИПП.

Эксперты, участвовавшие в Совете и составлении резолюции:

Академик РАН, проф. Ивашкин Владимир Трофимович (председатель Совета экспертов)

Чл.-кор. РАН, проф. Маев Игорь Вениаминович

Проф. Баранская Елена Константиновна

Проф. Драпкина Оксана Михайловна

Проф. Лопина Ольга Дмитриевна

Проф. Трухманов Александр Сергеевич

Проф. Шифрин Олег Самойлович

Доц. Лапина Татьяна Львовна

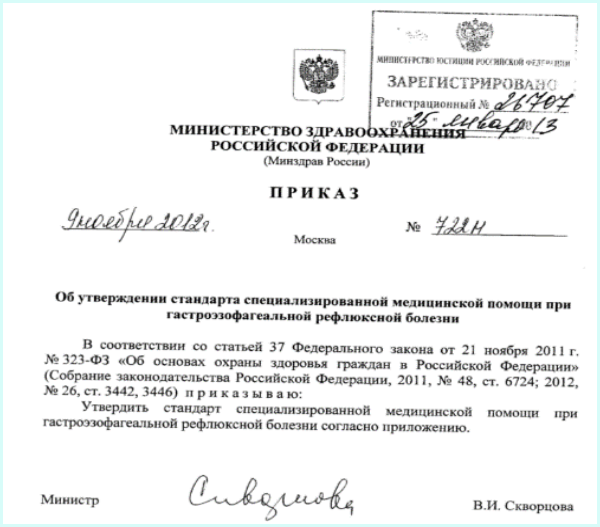
К.м.н. Ивашкин Константин Владимирович

**Положение 6:**
ИПП остаются препаратами выбора в лечении всех форм ГЭРБ и купировании изжоги.
**Антациды могут быть назначены для быстрого купирования изжоги, однако в силу значительно меньшей эффективности в лечении ГЭРБ антациды не могут использоваться в качестве длительной монотерапии.**

**Совет экспертов «Изжога в практике врача-терапевта»** под председательством Академика РАН, проф. В.Т. Ивашкина 21.12.2013

# Стандарт специализированной медицинской помощи при ГЭРБ

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Приказ №7224



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 26707
от 25 декабря 13

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

9 ноября 2012 г. Москва № 722н

Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

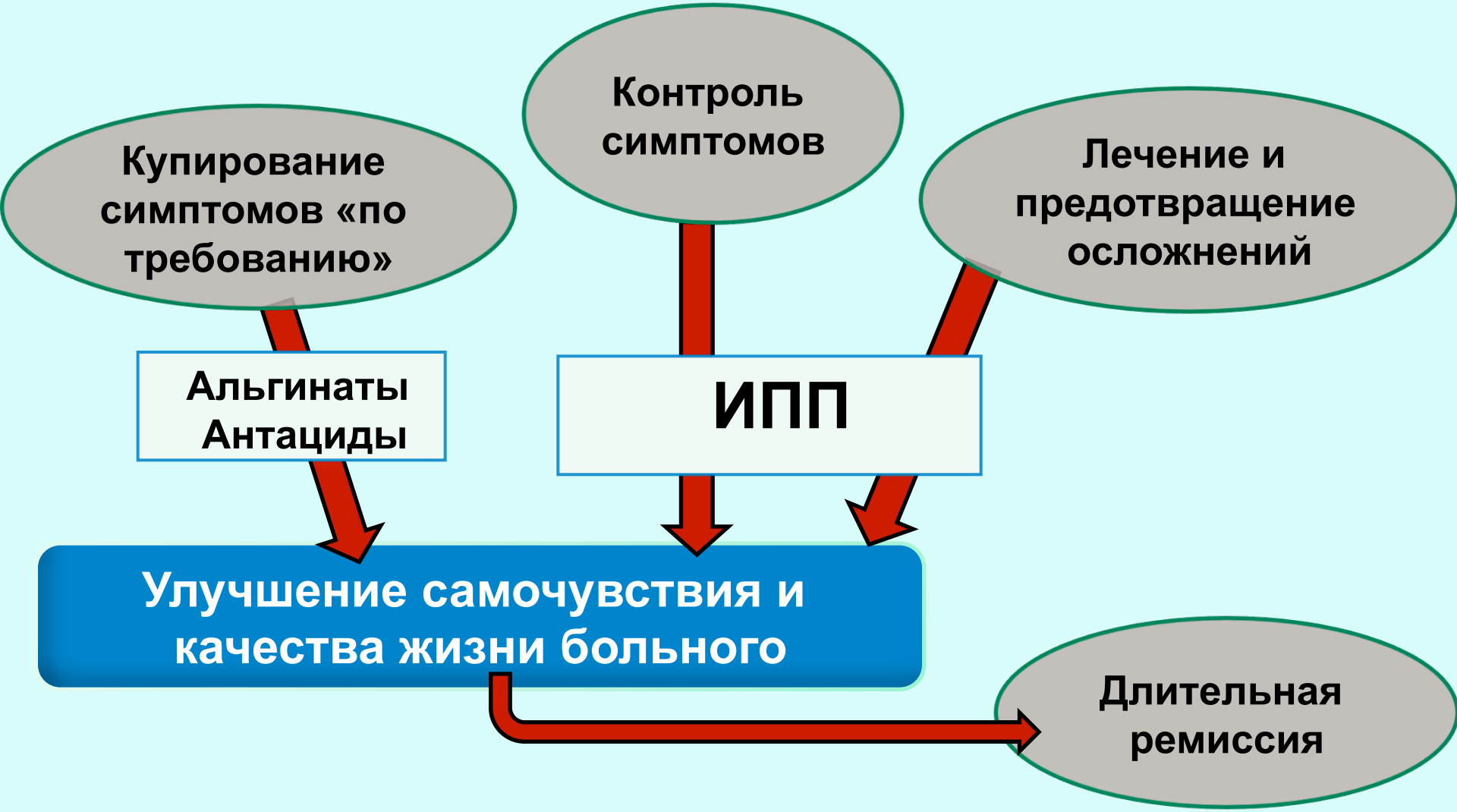
В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни согласно приложению.

Министр В.И. Скворцова

| Код | Анатомо-терапевтическо-химическая классификация | Наименование лекарственного препарата** | Единицы измерения | ССД*** |
|---|---|---|---|---|
| A02BA | Блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов | | | |
| | | Фамотидин | мг | 40 |
| A02BC | Ингибиторы протонового насоса | | | |
| | | Омепразол | мг | 20 |
| | | Пантопразол | мг | 40 |
| | | Рабепразол | мг | 20 |
| | | Эзомепразол | мг | 30 |
| A03FA | Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта | | | |
| | | Домперидон | мг | 30 |
| | | Итоприд | мг | 150 |

# Основные цели лечения ГЭРБ

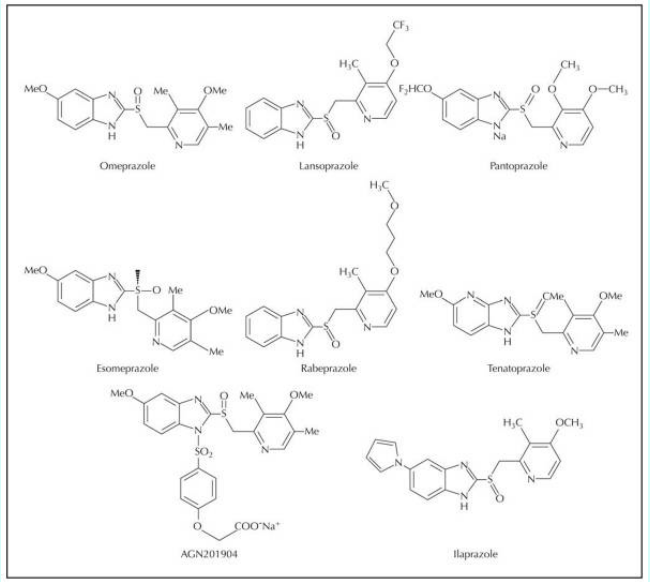



Räihä I, Hietanen E, Sourander L. Symptoms of gastro-oesophageal reflux disease in elderly people. Age Ageing. 1991 Sep;20(5):365-70.
Calabrese C. Long-term management of GERD in the elderly with pantoprazole. 2007:2(1) Pages 85—92
Dr. Philip Katz, at al. AGA . New guidelines on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease (GERD). 2013

# Ингибиторы протонной помпы

1. **Омепразол 20 мг**
2. **Лансопразол 30 мг**
3. **Пантопразол 40 мг**
4. **Рабепразол 20 мг**
5. **Эзомепразол 20 мг**
6. **Тенатопразол**
7. **D-лансопразол 30/60 мг замедленное высвобождение**
8. **D-лансопразол-MR - DDR –30/60/90 мг двойное замедленное высвобождение**

5. **Илапразол 10 мг**





В 21 веке – проблема многофакторного формирования ГЭРБ, как полиморбидного состояния встала в практике терапевта и гастроэнтеролога. Наша задача добиться управляемости ситуации через системное ее понимание и рациональную фармакотерапию