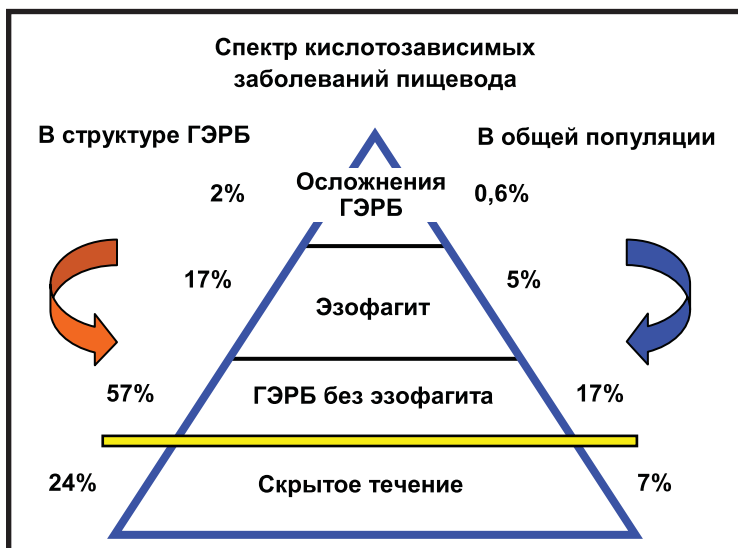


ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор

С.И. Рапопорт

Пособие для врачей



Москва
2009

ИСТОК-СИСТЕМА ГастроСкан

Внутрижелудочная рН-метрия и гастрография

ГастроСкан-5М



Внутрижелудочная
рН-метрия
и диагностика
состояния ЖКТ

ГастроСкан-24



Суточный
мониторинг
рН

ГастроСкан-ЭКГ



Суточный
мониторинг
рН и ЭКГ

ГастроСкан-ГЭМ



Гастрография
и рН-метрия

АГМ-03



Эндоскопическая
рН-метрия

ГастроСкан-Д



Многоканальная
манометрия ЖКТ

Научно-производственное предприятие «Исток-Система»
141195, Московская обл., г. Фрязино, ул. Вокзальная, д. 2-а.
Тел. (495) 465-8653, (916) 131-8778, тел./факс (495) 465-8684.
www.gastroscan.ru, e-mail: info@gastroscan.ru.

УДК 616.32
ББК 54.13
Р 233

Рапопорт С.И.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (Пособие для врачей). – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2009. – 12 с.

Пособие адресовано практическим врачам, терапевтам-гастроэнтерологам, студентам-медикам, руководителям лечебно-профилактических учреждений, курсантам квалификационных и сертификационных циклов усовершенствования врачей.

В пособии даётся определение сущности, эпидемиологии, патогенеза, вариабельности клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Включены различные методы диагностики с наиболее подробным описанием метода суточной рН-метрии. Описаны различные методы подхода и схемы лечения этой патологии с применением современных лекарственных средств, с учётом возможной резистентности к проводимой терапии.

© С.И. Рапопорт, 2009
© Оформление: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2009

ISBN 978-5-98803-157-4

ВВЕДЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое полисимптомное рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.

Основной причиной развития рефлюксной болезни является дисфункция нижнего пищеводного сфинктера (НПС), наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, нарушения двигательной функции пищевода. ГЭРБ нередко характеризуется внепищеводными симптомами.

МКБ-10:

К 21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом,

К 21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита.

Термином “гастроэзофагеальный рефлюкс” (ГЭР) обозначают ретроградное продвижение содержимого желудка через нижний пищеводный сфинктер в пищевод. Это нормальное физиологическое явление, если возникает изредка после приема пищи и не сопровождается неприятными субъективными ощущениями. ГЭР следует рассматривать как патологический, если:

- эпизоды рефлюкса частые и/или продолжительные;
- заброс желудочного содержимого в пищевод сопровождается развитием клинической симптоматики с воспалением или повреждением слизистой оболочки пищевода, внепищеводными симптомами.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Достоверных цифр заболеваемости ГЭРБ нет. Данное обстоятельство связано с тем, что не все больные обращаются к врачу, большинство из них занимается самолечением. Эпидемиологические исследования показывают, что около 30% взрослого населения имеют различные проявления ГЭРБ. Распространённость пищевода Баррета составляет 376 больных на 100 тыс. населения. Заболеваемость и обращаемость больных за медицинской помощью напоминают айсберг (рис. 1), надводная часть которого составляют меньшую часть больных, около 40% (В.Б. Симоненко, П.А. Дулин, М.А. Маканин, Т.В. Уткина, 2007; А.С. Трухманов, 2006).



Рис. 1. Спектр кислотозависимых заболеваний пищевода

КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают две формы ГЭРБ:

1. Эндоскопически-негативная рефлюксная болезнь, или неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ). На её долю приходится около 70% случаев заболевания.
2. Рефлюкс-эзофагит (РЭ) – около 30% случаев заболевания.

В Лос-Анджелесской классификации эритемы и отек слизистой пищевода не считаются признаками РЭ. Наиболее распространены две классификации РЭ – Лос-Анджелесская (табл. 1) и по Savary-Miller (табл. 2).

Среди больных РЭ более чем у 80% наблюдается эзофагит степеней А или В. Эзофагит степени D наблюдается только в 5–6% случаев эрозивной ГЭРБ.

Таблица 1

Лос-Анджелесская классификация РЭ

Степень РЭ	Эндоскопическая картина
Степень А	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
Степень В	Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
Степень С	Поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода
Степень D	Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода

**Эндоскопическая классификация эзофагитов по степени тяжести
по Savary-Miller**

Степень РЭ	Эндоскопическая картина
I степень	Отдельные не сливающиеся эрозии и/или эритема дистального отдела пищевода
II степень	Сливающиеся, но не захватывающие большую часть слизистой оболочки эрозии
III степень	Эрозивные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки пищевода
IV степень	Хроническая язва пищевода, цилиндрическая (желудочная или кишечная) метаплазия слизистой оболочки пищевода (пищевод Баррета)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ГЭРБ относится к группе кислотозависимых заболеваний, т.к. соляная кислота (желудочный сок) является одним из ведущих патогенетических факторов.

Развитие заболевания во многом определяет его клиническую картину. К другим патогенетическим факторам относится нарушение функции НПС, снижение пищеводного клиренса, состояние слизистой оболочки пищевода, агрессивность рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), нарушенная эвакуация содержимого из желудка, повышение внутрибрюшного давления, длительность и частота ГЭР. Патологический ГЭР появляется при снижении базального давления НПС ниже 2 мм рт. ст. Если давление выше 5 мм рт. ст., оно способно предотвратить высокую частоту рефлюксов.

ДИАГНОСТИКА

Методы диагностики ГЭРБ:

- клинический;
- эндоскопический;
- внутрипищеводная рН-метрия;
- манометрия пищевода;
- рентгенологический;
- желудочно-пищеводная сцинтиграфия;
- совместная импеданс-рН-метрия;
- УЗИ.

Больного ГЭРБ беспокоят боли в эпигастральной области, изжога, отрыжка, срыгивание, одинофагия, боль за грудиной и бронхолегочные осложнения (рис. 2). Изжога встречается у 83% больных. Усиление изжоги характерно при обиль-



Рис. 2. Пищеводные проявления ГЭРБ

ном приёме пищи, наклонах туловища, погрешностях в диете, приёме газированных напитков. Интенсивность клинических проявлений зависит от концентрации соляной кислоты в рефлюктате и длительности экспозиции со слизистой оболочкой пищевода. У 10% больных ГЭРБ проявляется только болью за грудиной, напоминающей стенокардию.

Нередко встречаются и внепищеводные проявления ГЭРБ. К ним относятся: постоянный, особенно ночной, кашель; рецидивирующие пневмонии; хронический бронхит с астматическим компонентом; ретростеральные боли и боли в прекардиальной области по типу стенокардии, иногда с нарушением ритма сердца; хронический ларингит; фарингит; кариес зубов (рис. 3).



Рис. 3. Внепищеводные проявления ГЭРБ

При осмотре больного симптомы патогномичные для ГЭРБ отсутствуют.

Лабораторные исследования

Патогномичные для ГЭРБ изменения в анализах отсутствуют.

Инструментальные исследования

Инструментальные исследования являются определяющими в диагностике ГЭРБ.

Эзофагогастродуоденоскопия проводится, как правило, неоднократно как для постановки диагноза (см. классификацию ГЭРБ), так и для оценки проводимого лечения и, при необходимости, динамического наблюдения. При осложнённом течении заболевания (наличие изъязвлений слизистой оболочки пищевода Баррета, стриктур) необходимо проводить биопсию.

К числу важных инструментальных методов относится 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия. Особенно необходимо проведение исследования при эндоскопически негативной форме ГЭРБ, при её атипичных формах – для верификации некардиальной боли за грудиной, хроническом кашле. Подробно о рН-метрии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки написано в монографии: Рапопорт С.И. и др. рН-метрия пищевода и желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта / Под ред. академика РАМН Ф.И. Комарова. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2005, 208 с.

Исследование выполняется с помощью рН-зонда, вводимого трансназально в пищевод больного. Датчик рН устанавливается на 5 см выше верхней границы НПС (рис. 4) и измеряет величину рН в пищеводе в течение 24 часов. рН-зонд подключен к регистрирующему блоку, закрепляемому на поясе больного. Пациент при исследовании ведет нормальный образ жизни и отмечает на клавиатуре регистрирующего блока события и симптомы, потенциально связанные с ГЭРБ: прием пищи, сон, положение стоя или лежа, приём лекарств, появление изжоги, болей в груди и т.п. По истечении 24 часов информация из регистрирующего блока передаётся на компьютер для автоматической обработки и подготовки заключения.

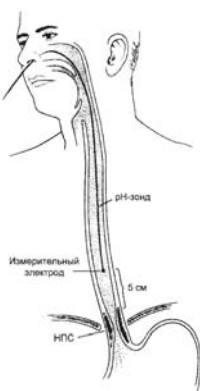


Рис. 4. Расположение рН-зонда при суточной рН-метрии пищевода

В норме слизь пищевода имеет $\text{pH}=6-7$. При забросе кислого содержимого из желудка в пищевод pH в пищеводе на некоторое время уменьшается до 4 и

менее. Уровень $pH=4$ считается граничным, т.е. эпизоды, при которых pH в пищеводе опускается ниже 4, считают кислыми гастроэзофагеальными рефлюксами. Рефлюксы могут быть нормальными физиологическими и патологическими. Различие между ними в количестве и длительности (рис. 5, 6).

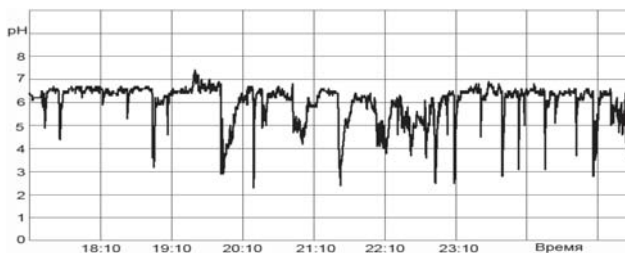


Рис. 5. pH-грамма пищевода с физиологическими рефлюксами

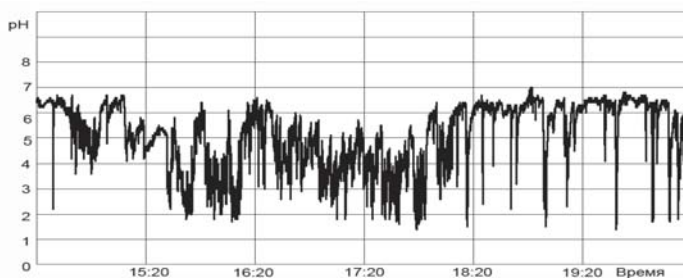


Рис. 6. pH-грамма пищевода больного ГЭРБ

При расшифровке 24-часовых pH-грамм в пищеводе в первую очередь оцениваются показатели, представленные в табл. 3. Расчет этих параметров выполняется автоматически.

Таблица 3

Основные показатели 24 часовой pH-метрии

<i>Показатели</i>	<i>Норма</i>
Общий процент времени с $pH < 4$, %	0–4,5
Процент времени с $pH < 4$ в вертикальном положении, %	0–8,4
Процент времени с $pH < 4$ в горизонтальном положении, %	0–3,5
Общее число рефлюксов с $pH < 4$	0–47
Число рефлюксов продолжительностью более 5 мин	0–3
Длительность наиболее продолжительного рефлюкса, мин	0–20
Составной показатель DeMeester	0–14,7

Рентгенологическое исследование пищевода и желудка является важным для диагностики, в первую очередь, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), недостаточности кардии, опухолей и стриктур пищевода. Исследование рекомендуется проводить в вертикальном и горизонтальном положении больного. В последнем случае иногда используют компрессию брюшной полости для выявления недостаточности кардии и ГПОД. К ранним признакам РЭ относится утолщение складок слизистой оболочки в дистальных отделах пищевода и нарушение его моторики. При тяжёлом эзофагите рельеф слизистой оболочки перестроен, утолщённые складки чередуются с участками истончённого рельефа.

Дополнительным методом исследования является внутрипищеводная манометрия, позволяющая выявить недостаточность НПС. Определённую помощь в дифференциальной диагностике характера кардиальных болей играют электрокардиография, холтеровское мониторирование, нагрузочные пробы, тест с ингибитором протонной помпы (ИПП). В случае положительного эффекта следует думать о пищеводном происхождении болей.

Таким образом, ГЭРБ должна быть включена в круг дифференциально-диагностического поиска при наличии болевого синдрома в грудной клетке, дисфагии, желудочно-кишечного кровотечения, бронхообструктивного синдрома. В случае возникновения диагностических трудностей рекомендуется помощь “узких” специалистов.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ГЭРБ направлено на лечение эзофагита, профилактически – на уменьшение количества эпизодов ГЭР, снижение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса и защиты слизистой оболочки пищевода (рис. 7).

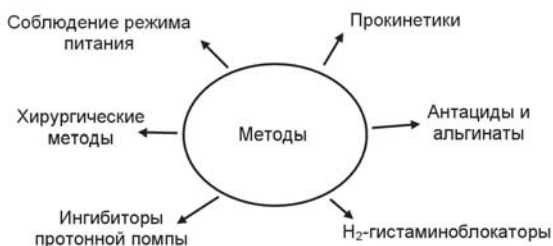


Рис. 7. Терапия ГЭРБ

Антирефлюксный режим

Больные ГЭРБ должны отказаться от курения, избегать физических нагрузок, сопряжённых с наклонами, качанием пресса, поднятием тяжести и других упражнений, повышающих внутрибрюшное давление. Избегать переизбытка приёма газированных напитков, холодной и горячей пищи. Исключить или ограничить продукты с кислотостимулирующим действием, в частности цитрусы, шоколад, выпечку, свежий белый хлеб, чёрный хлеб, бульоны, специи, грибы, жареную и жирную пищу, редьку, редис, кофе, крепкий чай. После еды целесообразно не ложиться два часа. Спать на кровати с приподнятым на 15 см головным концом.

Рекомендуется следить за массой тела.

Следует иметь в виду, что некоторые фармпрепараты могут усугублять рефлюкс. Противопоказаны М-холинолитики (атропин, метацин, платифиллин), миогенные спазмолитики (но-шпа, папаверин, галидор), теофиллин, диазепам, блокаторы кальциевых каналов, β -адренергические агонисты (изопретенол), нитраты, прогестерон, α -адренергические антагонисты (фентоламин), ферментные препараты, содержащие желчь (фестал, дигестал, холензим, аллохол) и др.

Лекарственная терапия

Включает, как правило, три группы препаратов – антисекреторные средства, прокинетики, антациды.

Наиболее эффективным препаратами для лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы II класса – замещённые бензидазолы: омепразол, лансопризол, пантопризол. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) более эффективны, чем блокаторы H_2 -рецепторов гистамина и обычно не дают побочного эффекта. Рекомендации по обследованию и лечению больных ГЭРБ Российской гастроэнтерологической ассоциации предлагают использовать ИПП париет в дозе 20–40 мг/сутки, омепразол в дозе 20–60 мг/сутки, некسيوم (эзомепразол) в дозе 20–40 мг/сутки в течение 6–8 недель. Препараты эффективны и безопасны при длительном применении (месяцами).

При лечении ГЭРБ применяют невсасывающиеся антациды трёх поколений: I-е поколение – фосфалюгель (алюминия фосфат в сочетании с антисептиком и агар-агаром), II-е поколение – алюминиево-магниево-антациды (маалокс, мегалак, алмагель и др.), III-е поколение – алюминиево-магниево-антациды в комплексе с альгинатами (топалкан, гевискон и др.). Наиболее эффективны невсасывающиеся антациды II-ого поколения, прежде всего маалокс. Он назначается по 15–20 мл 4 раза в день через час–полтора после еды. Ориентировочно антациды назначаются в течение 4–6–8 недель. Они также могут назначаться симптоматически, когда изжога беспокоит редко.

В качестве прокинетики применяют мотилиум по 10 мг (1 таб.) 3 раза в день до еды.

Курс лечения при катаральном или эндоскопически негативном эзофагите длится около 4 недель, при эрозивном 6–8 недель, при отсутствии эффекта лечение может быть продолжено до 12 недель и более. При щелочном (желчном) рефлюксе показан урсосан или урсофальк 250–500 мг. Критерием ремиссии является исчезновение клинических симптомов и данные эндоскопического исследования.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение показано в случаях отсутствия эффекта от терапевтического, а также в осложнённых случаях – повторные кровотечения, стриктуры пищевода, пищевод Баррета с явлениями дисплазии высокой степени.

Противорецидивное лечение

Соблюдение пациентом вышеперечисленных правил. Возможен длительный приём омепразола 20 мг однократно на ночь.

Наблюдение за больным в стадии ремиссии

Больному необходимо знать о возможных осложнениях болезни, признаках обострения заболевания, подчеркнуть необходимость соблюдения рекомендаций. В случае появления отрыжки пищей, изжоги (не систематической) рекомендуется приём в течение нескольких месяцев ИПП. При подозрении на пищевод Баррета необходимо клиничко-эндоскопически-морфологическое наблюдение, периодичность которого определяется врачом (месяц – 2–3 месяца – полгода – год).

Пациента следует проинформировать о возможных осложнениях ГЭРБ и рекомендовать ему обращаться к врачу при возникновении симптомов осложнений:

- дисфагии или одиофагии;
- кровотечения;
- потери массы тела;
- раннего чувства насыщения;
- кашля и приступов удушья;
- болей в грудной клетке;
- частой рвоты.

Больные ГЭРБ должны находиться под динамическим наблюдением врача, т.к. заболевание является хроническим, часто рецидивирует (до 80%), и даже латентное течение заболевания снижает качество жизни.