



Программа «Терапевт нашего времени»

ТЕМА

15

«Заметался пожар голубой...»

изжога

причины

принципы диагностики

ИЗЖОГА - БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ В ЖИВОТЕ – МЕТЕОРИЗМ - ЗАПОР



БЕСПОКОЯТ > 30% НАСЕЛЕНИЯ мира

- Эти симптомы имеют сочетанную этиологию
- Эти симптомы могут быть результатом как органических, так и функциональных заболеваний, в том числе патологии системы пищеварения и других органов
- Эти симптомы удастся верифицировать не всегда и всегда - путем затратного или длительного обследования

Глобальные практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации

WGO Global Guidelines Common GI symptoms (2013)

Ведение частых ЖК симптомов в общей популяции

Глобальный взгляд на изжогу, запор, метеоризм и
абдоминальную боль/дискомфорт

Май 2013



A Resource Sensitive Solution


Современная стратегия первичного лечения: каскадный принцип

© World Gastroenterology Organisation, 2013



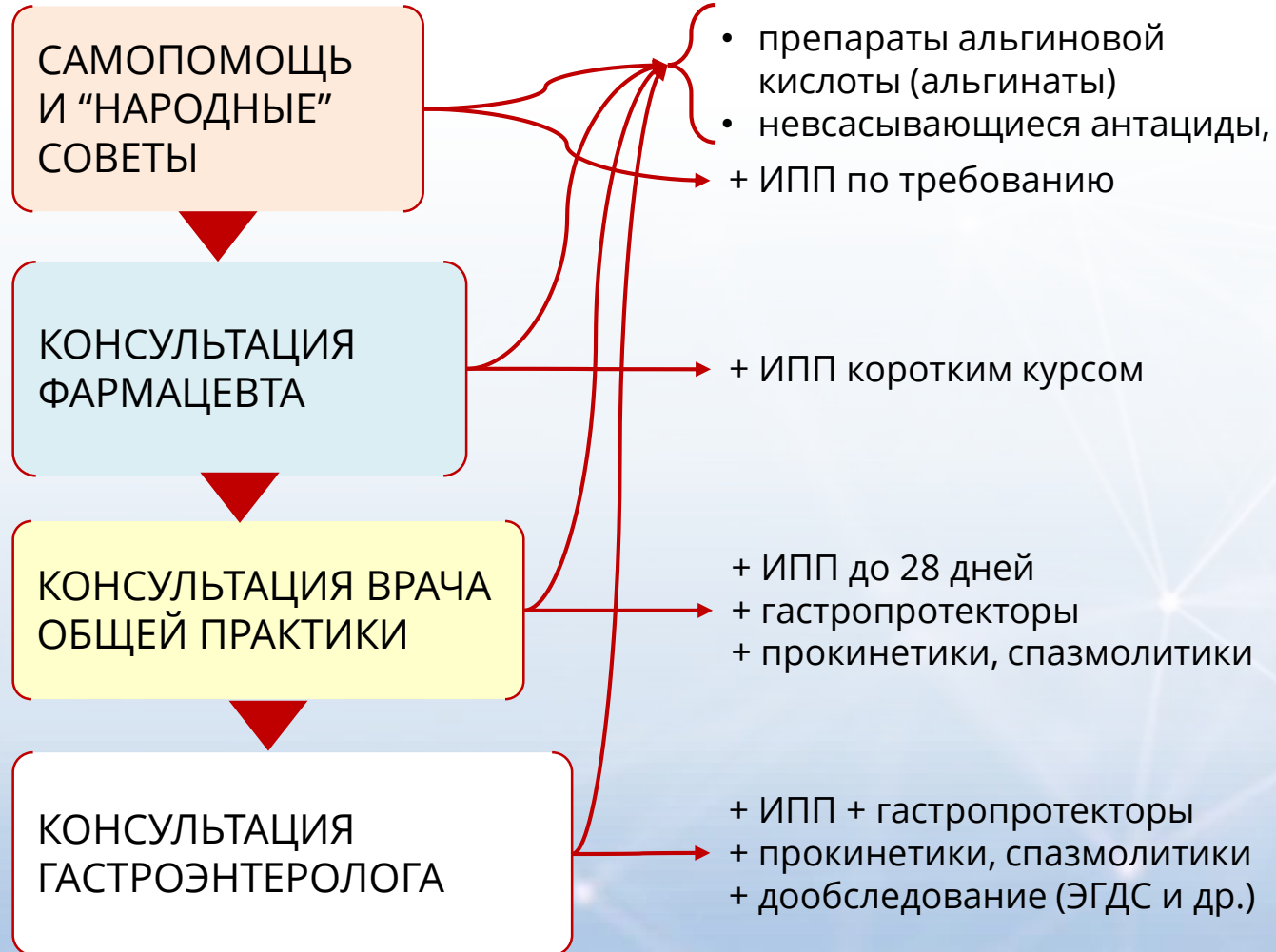
Современная стратегия первичного лечения: каскадный принцип

На каждом уровне каскада лечения:

1. выявление симптомов “красного флага” 
2. немедикаментозные методы лечения в рамках “здорового” образа жизни
3. “пробная” терапия, ориентированная на доступные и безопасные для пациента лекарства
4. фармакотерапия в режиме “по требованию”
5. ориентация на клинические рекомендаций

ИЗЖОГА

современная стратегия первичного лечения: каскадный принцип



- Дисфагия — трудность при глотании
- Одинофагия — болезненное глотание
- Рецидивирующие бронхиальные симптомы, аспирационная пневмония
- Дисфония, рецидивирующий кашель
- Желудочно-кишечное кровотечение
- Микроцитарная анемия
- Прогрессирующая непланируемая потеря веса
- Лимфоаденопатия
- Образование в эпигастрии
- Появление изжоги в возрасте > 50–55 лет
- Семейный анамнез пищеводной аденокарциномы

САМОПОМОЩЬ И “НАРОДНЫЕ” СОВЕТЫ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИЗЖОГИ (РИМСКИЙ IV КОНСЕНСУС):

1. Ретростернальное жжение или боль
2. Отсутствие улучшения при оптимальной антисекреторной терапии
3. Отсутствие доказательств, что гастроэзофагеальный рефлюкс или эозинофильный эзофагит является причиной симптомов
4. Отсутствие выраженных эзофагеальных моторных расстройств (обструкции и др.)

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3 последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой с частотой не реже 2 раз в неделю.

ИСКЛЮЧЕНИЯ ДЛЯ САМОПОМОЩИ !!!



1. Симптомы «красных флагов»
2. Симптомы изжоги:
 - Более 3 месяцев, тяжелая или ночная изжога
 - Продолжаются после 2 недель лечения безрецептурными ИПП, гастропротекторами
 - Возникают во время приема ИПП, гастропротекторов
3. Беременные женщины или кормящие матери
4. Дети: < 12 лет – для антацидов, < 18 лет - для ИПП.



ИЗЖОГА

современная стратегия первичного лечения: каскадный принцип

САМОПОМОЩЬ И “НАРОДНЫЕ” СОВЕТЫ

САМОПОМОЩЬ:

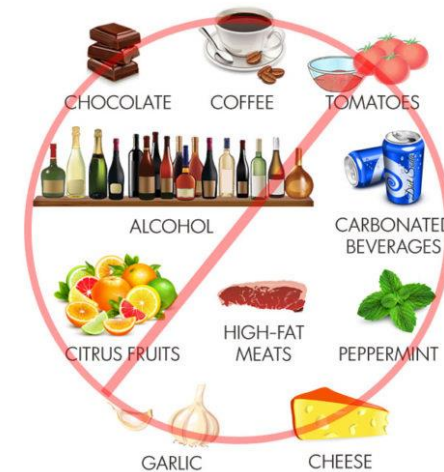
1. Антациды — рекомендованы для кратковременного или периодического облегчения.
2. Альгинат содержащие препараты.
3. ИПП низкодозовые — эффект продолжается до 24 часов.
4. Гастропротекторы.

ТРИГГЕРЫ:

- Идентифицировать самые частые триггерные вещества и поведенческие моменты.
- Избегать этих триггеров для уменьшения риска развития симптомов кислотного рефлюкса.

ИЗМЕНЕНИЯ СТИЛЯ ЖИЗНИ:

- Снижение веса
- Есть меньшие порции, более часто
- Приподнять изголовье кровати на 20–25 см
- Избегать еды и напитков в течение 3 часов перед сном
- Исключить потребление никотина, кофе, алкоголя, газированных напитков, шоколада, мяты, жареной или жирной пищи, цитрусов или их соков, томатных продуктов, чеснока или лука, острой пищи



FOODS
YOU SHOULDN'T
EAT IF YOU HAVE
**HEARTBURN &
ACID REFLUX**



КОНСУЛЬТАЦИЯ ФАРМАЦЕВТА

невсасывающиеся антациды, препараты альгиновой кислоты (альгинаты) + ИПП коротким курсом

Если пациент старше 60 лет или в возрасте 50–60 лет и имеет факторы риска развития рака (например, табак, алкоголь и ожирение)

Если нет улучшения после 32 недель лечения



**необходимо
обратиться к врачу
общей практики**

ПРОВЕРКА ЛЮБЫХ ПРЕПАРАТОВ, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЛИСЬ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ИЗЖОГИ:

- Бифосфонаты, НПВП, железо, калий, хинидин, тетрациклин
- Зидовудин, антихолинергические препараты, альфа-адренергические антагонисты, барбитураты
- β 2-адренергические агонисты, блокаторы кальциевых каналов, бензодиазепины, допамин
- Эстрогены, наркотические анальгетики, нитраты, прогестерон, простагландины, теофиллин
- Трициклические антидепрессанты (ТЦА), химиотерапия

Если принимались какие-либо из этих препаратов, пациенту нужно обратиться к врачу общей практики.

ВЕДЕНИЕ:

Пациенты должны избегать приема НПВП, калиевых добавок, бифосфанатов и др.

В дополнение к корректировке стиля жизни и диеты, рассмотреть вопрос о добавлении солей алюминия, солей магния, солей кальция, их комбинации, альгинатов или антацидов или ИПП (в безрецептурной дозе).

ИЗЖОГА

современная стратегия первичного лечения: каскадный принцип

КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

ДИАГНОЗ:

- Симптомы, их длительность и частота
- Лекарственные средства, приносящие облегчение
- Настораживающие сигналы
- Анамнез пациента
- Сопутствующие заболевания

ВЕДЕНИЕ:

Симптоматическое лечение – ИПП, гастропротекторы.
ЭГДС, если лечение не дает эффекта
Биопсия при наличии видимой патологии, необходимо исключить наличие инфекции *H. Pylori*.

НАБЛЮДЕНИЕ:

Пациентам, требующим длительного ведения, должно быть предложено проведение ежегодного осмотра

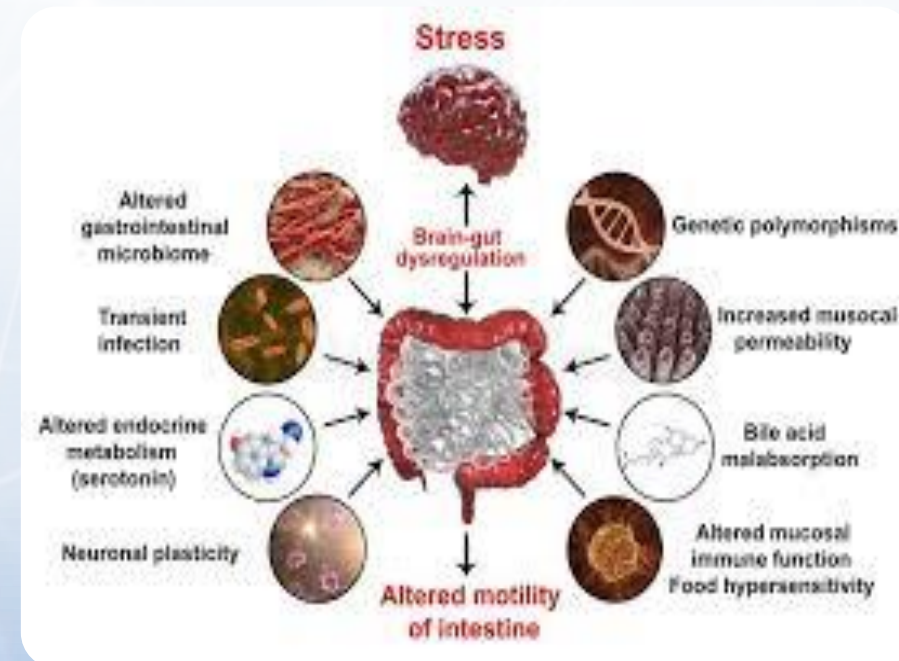
Рутинная эндоскопия не нужна пациентам без настораживающих признаков.

Направление на срочную эндоскопию необходимо пациентам старше 55 лет с необъяснимой, персистирующей, недавно возникшей диспепсией.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Направление на ЭНДОСКОПИЮ верхних отделов ЖКТ (в зависимости от ситуации) пациентов в возрасте > 50 с тревожными симптомами:

- потеря веса
- анемия
- кровавая рвота
- мелена
- кал с примесью алой крови



КИСЛОТОЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ —

это заболевания, которые связаны с длительной гиперсекрецией соляной кислоты или недостаточностью кислотонейтрализации в желудке или двенадцатиперстной кишке.

Кислотозависимые заболевания



1 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

2 Пептическая язвенная болезнь и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

3 Эрозивный гастродуоденит

4 Гастро- и дуоденопатии, энтеропатии индуцированные нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП)

5 Язвенноподобная функциональная диспепсия или эпигастральный болевой синдром

6 Хронический и острый панкреатит

«Николай Андреевич Капитонов, нотариус, пообедал, выкурил сигару и отправился к себе в спальную отдохнуть. Он лег, укрылся от комаров кисеей и закрыл глаза, но уснуть не сумел. Лук, съеденный им вместе с крошкой, поднял в нем такую изжогу, что о сне и думать нельзя было.

*...
Не надо в другой раз лук в крошку класть, а то околеешь от этой изжоги... »*

*А.П. Чехов. От нечего делать. Рассказ.
Фрагменты. 1886.*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь –

хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное ретроградным током рефлюксного содержимого в пищевод и/или экстраэзофагеально, протекающее с поражением или без видимого поражения слизистой оболочки пищевода и сопровождающееся нарушением самочувствия пациента.

- Лос-Анжелеская эндоскопическая классификация, 1994г
- Генвальское соглашение, 1999г
- Монреальский консенсус, 2006г
- Швейцарский консенсус (Gstaad Treatment Guidelines), 2008г
- Рекомендации НОГР, АГА, 2008, 2013гг
- **Рекомендации ВГО , 2015г**
- **Рекомендации РГА, 2017г**

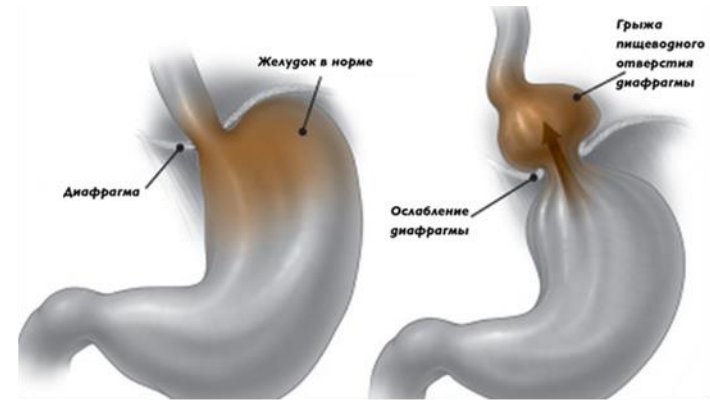
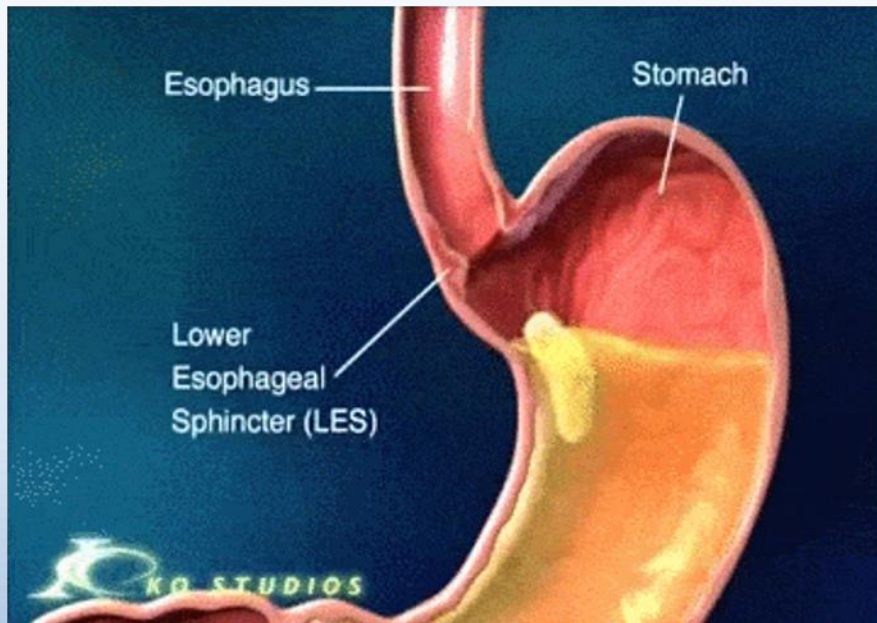


*«Поел Борис Тимофеевич на
ночь грибков с кашцей, и началась
у него изжога; вдруг схватило его
под ложечкой...»*

*Н. С. Лесков.
Леди Макбет Мценского уезда.*

Три механизма защиты слизистой оболочки пищевода от последствий рефлюкса:

- Механическая очистка
- Нормализация значения pH
- Барьерные свойства эпителиальной выстилки пищевода



Причины рефлюкса:

- Факторы, снижающие давление на уровне нижнего сфинктера пищевода
- Частое временное открытие сфинктера
- Падение эффективности механической очистки
- Снижение скорости нормализации значения pH
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Непосредственное раздражение и повреждение слизистой оболочки пищевода

Актуальность ГЭРБ



Высокая распространенность:
40-60% среди взрослого населения РФ.

Рецидив эрозивного эзофагита – главный фактор
риска развития пищевого Барретта.

Значительное ухудшение качества жизни больных,
особенно при наличии ночных симптомов.

Длительные сроки заживления эрозий пищевода: 8-
12 недель, язвы ДПК: 3-4 недели, язвы желудка: 4-6
недели.

Быстрый рецидив заболевания при прекращении
терапии: в течение первых 3-х месяцев у 60-70%
больных.

Рефрактерность к терапии у части больных.

До 95% случаев аденокарциномы пищевода
диагностируются у больных с пищеводом Барретта.



Lars Lundell -

Prof., Karolinska University
Hospital Gastrocentrum,
Stockholm, Sweden

Часто ли Вы испытываете тянущие или неприятные ощущения за грудиной?

Всегда ли это ощущение сопровождается чувством жжения в груди?

Облегчают ли эти симптомы антациды?

Были ли эти симптомы четыре или более дней за последнюю неделю?

ГЭРБ



GERDq - опросник

Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ) in real-world practice: A national multicenter survey on 8065 patients

Yu Bai, Yiqi Du, Duowu Zou, Zhendong Jin, Xianbao Zhan, Zhao-Shen Li, Yunsheng Yang, Yulan Liu, Shutian Zhang, Jiaming Qian, Liya Zhou, Jianyu Hao, Dongfeng Chen, Dianchun Fang, Daiming Fan, Xiaofeng Yu, Weihong Sha, Yuqiang Nie, Xiaofeng Zhang, Hong Xu, Nonghua Lv, Bo Jiang, Xiaoping Zou, Jingyuan Fang, Jiangao Fan, Yan Li, Weichang Chen, **Bangmao Wang**, Yiyou Zou, Youming Li, Mingjun Sun, Qikui Chen, Minhu Chen, Xiaoyan Zhao, and on behalf of Chinese GerdQ Research Group

First published: 25 March 2013 Full publication history

DOI: 10.1111/jgh.12125 View/save citation

Cited by (CrossRef): 23 articles Check for updates Citation tools



1. Как часто Вы чувствуете чувство жжения за грудиной (изжогу)?

2. Как часто Вы чувствуете, что содержимое желудка (вода или пища) движется вверх к горлу (отрыжка)?

3. Как часто Вас беспокоит боль в центре эпигастральной области?

4. Как часто у Вас бывает тошнота?

5. Как часто изжога или отрыжка мешают Вам спать?

6. Как часто Вы принимаете лекарства для купирования этих симптомов (например, маалокс)?

Факторы риска ГЭРБ

- +** – доказанный фактор риска ГЭРБ
- – превентивная роль в отношении ГЭРБ
- ?** – данные в отношении фактора риска противоречивы

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ

- +**
 - Возраст
 - Географическое положение
 - Этническое происхождение
 - ИМТ, ожирение
 - Беременность

? Пол



ГЕНЕТИЧЕСКИЕ

- +**
 - Отягощенный семейный анамнез
 - Отягощенный эпидемиологический анамнез
 - Генетический полиморфизм IL-1B, IL-1RN, гена ЦОГ-2, IL-10, CCND1, гена ЭФР, гена GNB3

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ДРУГИЕ

- +**
 - Прием индукторов рефлюкса
 - Более низкий доход
 - Более низкий уровень образования
 - Недостаточная физическая нагрузка
 - Нарушенный сон
 - Характер питания: поваренная соль
- ?**
 - Курение
 - Злоупотребление алкоголем
 - Характер питания: жареная пища, большие приемы пищи, прием пищи перед сном
 - Психосоматические факторы
 - Helicobacter pylori
- - Регулярная физическая нагрузка

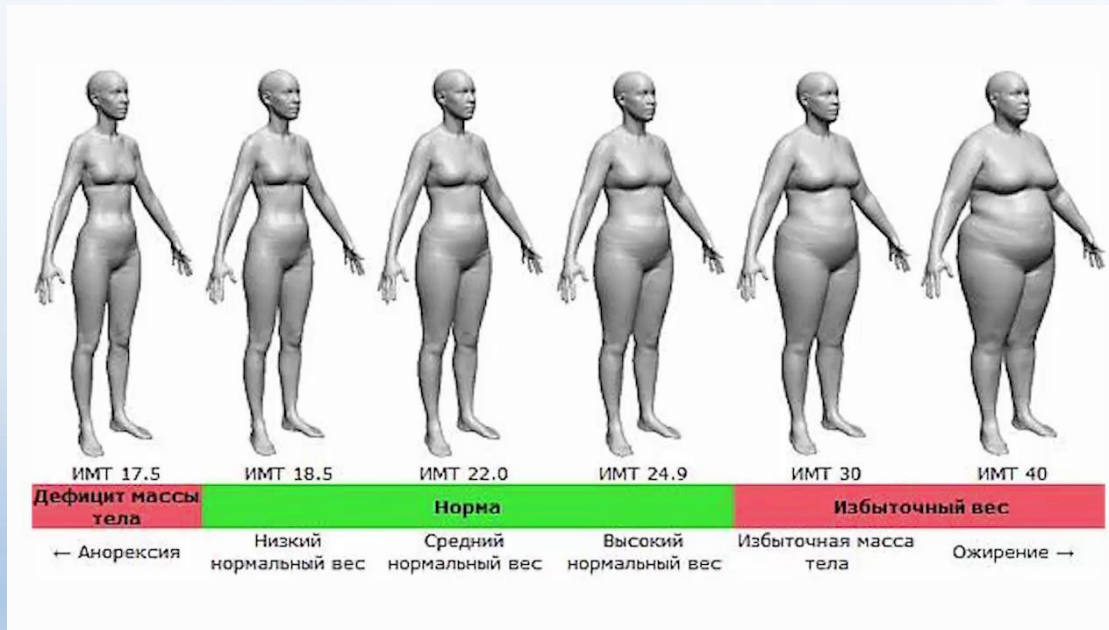
ГЭРБ и метаболический синдром

ГЭРБ чаще встречается у пациентов с избыточным весом и ожирением.

По сравнению с пациентами с нормальным весом вероятность присутствия симптоматики ГЭРБ увеличиваются:

При избыточном весе (индекс массы тела (ИМТ) >25 кг/м²) **>** в 2 раза
при ожирении (ИМТ >30 кг/м²) **>** в 3 раза

Набор веса ассоциирован с увеличением риска появления изжоги и/или регургитации, а снижение веса с их редукцией.



Исследование ProGERD

6215 пациентов

Продемонстрировало, что с нарастанием ИМТ в большей степени увеличивается интенсивность регургитации, чем изжоги.

А ИМТ более 30 кг/м² ассоциирован с увеличением шансов присутствия тяжелого рефлюксного эзофагита (РЭ) в 2,51 раза у женщин.

У мужчин данная связь не определялась.

Диагностические признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Внимание! «Красные флаги»



- Дисфагия
- Одинофагия (боль при глотании)
- Анемия

Исключить опухоль пищевода!

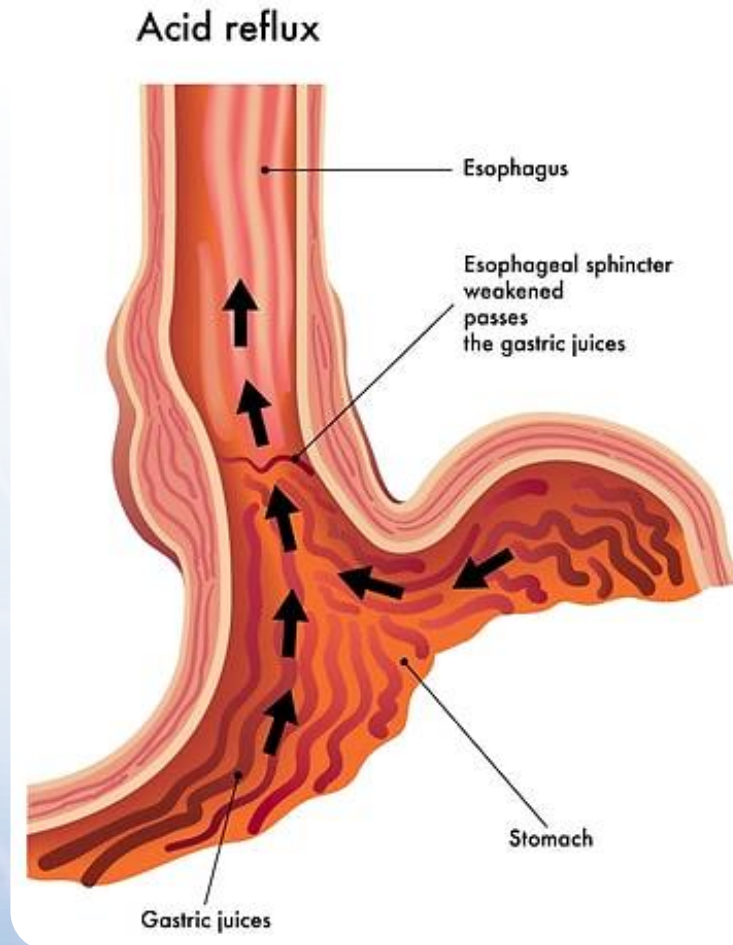


1. **КЛИНИЧЕСКИЕ:** диспепсия с доминированием изжоги, отрыжки и регургитации.
2. **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ:** норма или воспаление в разной степени, эрозии, язвы, стриктуры.
3. **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ:** воспаление, эрозии, язвы, цилиндрический эпителий.
4. **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ:** регургитация, норма или воспаление в разной степени, эрозии, язвы, стриктуры.



ГЭРБ – классификация и МКБ-10
Неэрозивная рефлюксная болезнь (К 21.9)
Рефлюкс-эзофагит (К 21.0)

ГЭРБ – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений.
(Монреальское соглашение, 2006г).



ГЭРБ – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений.
(Монреальское соглашение, 2006г).

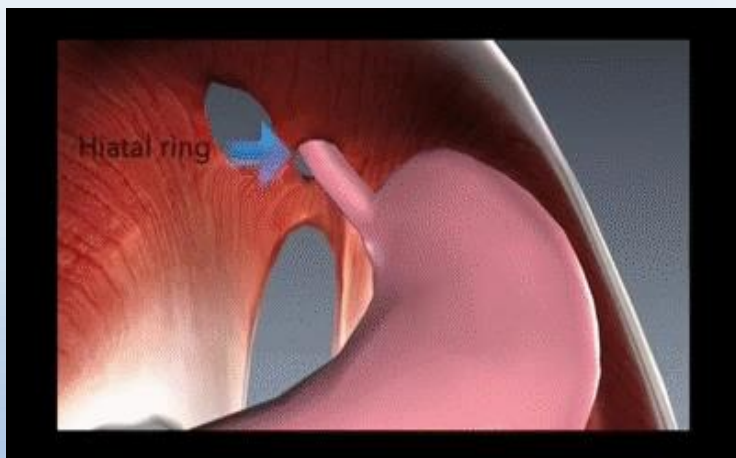
ПИЩЕВОДНЫЕ СИНДРОМЫ

Проявляющиеся исключительно симптомами

1. Классический рефлюксный синдром
2. Синдром боли в грудной клетке

Синдромы с повреждением пищевода (осложнения ГЭРБ)

1. Рефлюкс-эзофагит
2. Стриктура пищевода
3. Пищевод Барретта
4. Аденокарцинома



ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ СИНДРОМЫ, связь которых с ГЭРБ установлена:

- Кашель рефлюксной природы
- Ларингит рефлюксной природы
- Бронхиальная астма рефлюксной природы
- Эрозии зубной эмали рефлюксной природы



Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита (1998г)

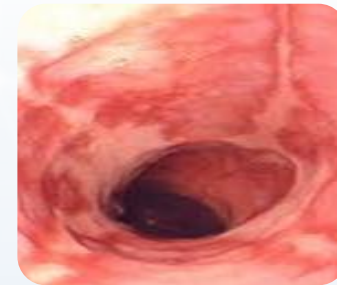
Степень А

Одно или более поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.



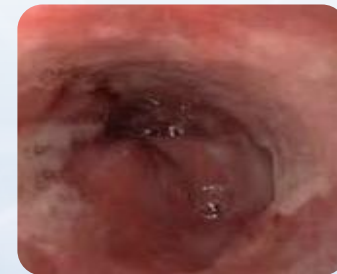
Степень В

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.

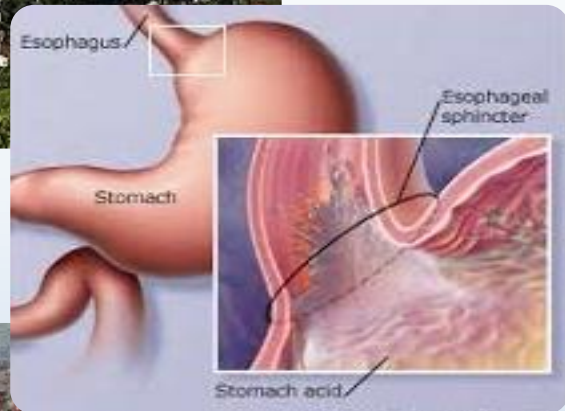


Степень D

Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода.



Эрозивный эзофагит и неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ) – две формы ГЭРБ



Согласительное совещание экспертов по проблеме НЭРБ в г. Вевё (Швейцария, 2007) утвердило следующее определение НЭРБ:

«НЭРБ - это субкатегория ГЭРБ, характеризующаяся наличием симптомов, вызванных гастроэзофагеальным рефлюксом и снижающих качество жизни больных, без эрозий повреждений слизистой оболочки пищевода, выявляемых при проведении обычного эндоскопического исследования, и в отсутствие антисекреторной терапии в данный момент.

Подтвердить диагноз НЭРБ могут лекарственные пробы с проведением антисекреторного лечения, обнаружение патологического гастроэзофагеального рефлюкса или выявление специфических симптомов при проведении новых методов эндоскопического исследования» .

Диагностика ГЭРБ

Клиническая оценка, в т.ч.
терапия ex ivantibus

Опросники (GERDq)

Эзофагогастродуоденоскопия

Дополнительно:

- Суточная внутрипищеводная рН-метрия и рН-импедансометрия – только в сложных случаях НЭРБ, в т.ч. с внепищеводными проявлениями.
- Манометрия высокого разрешения – только в сложных случаях.
- Морфологическая верификация – обязательна при эндоскопических признаках пищевода Барретта и/или факторах риска его развития.

Диагностика ГЭРБ

При ГЭРБ нет необходимости в определении инфекции *H. pylori* и тем более её эрадикации, однако следует установить наличие инфекции *H. pylori* и осуществить её эрадикацию при назначении терапии ИПП на длительный срок.



госпитализирована в многопрофильный стационар с подозрением на ОКС без подъема сегмента ST – 10.06.2018г.

ЖАЛОБЫ: боли за грудиной, в эпигастрии, изжогу, отрыжку воздухом.

Ухудшение состояния в течение месяца, когда возникли жалобы на изжогу, отрыжку воздухом, в течение недели нарастание боли за грудиной, более 20 мин, без иррадиации, не связанные с физической нагрузкой.

В АНАМНЕЗЕ:

Артериальная гипертония с макс АД 160\100 мм. рт. ст. (прив. АД 120\80 мм. рт. ст.), постоянно гипотензивные препараты не принимает.

ТЕРАПИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ:

Альмагель (с эффектом)

Состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом.

Клинический пример

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Состояние средней степени тяжести. Повышенного питания. Над легкими перкуторно - легочный звук; аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный ЧСС - 90, PS-90 в мин. АД 120\80 мм рт ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Селезенка, печень не увеличена. Стул 1 раз в день, обычный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ЭКГ 10.12.2016: ритм синусовый, ЧСС 110 в минуту, ЭОС расположена нормально



ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

T, I – тропонины ,
МВ КФК не повышены

Эритроциты	RBC	4,20
Гемоглобин	HGB	129
Гематокрит	HCT	37,9
Средний объем эритроцита	MCV	90,1
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	MCH	30,6
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците	MCHC	340
Ширина распределения эритроцитов по объему (CV)	RDWCV	14,1
Тромбоциты	PLT	214
Тромбокрит	PCT	0,190
Средний объем тромбоцита	MPV	8,8
Ширина распределения тромбоцитов по объему	PDW	12,4
Лейкоциты	WBC	7,0
Гранулоциты	GR%	79,6
Тимфоциты	LYM%	15,9
Моноциты	MON%	4,5
Гранулоциты абс.	GR#	5,6
Тимфоциты абс.	LYM#	1,1
Моноциты абс.	MON#	0,3
Люкоза	ГЛК	4,6

Клинический пример

Назначено ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости для уточнения характера болевого синдрома.

Протокол
Анестезия глотки 10% раствором лидокаина. Эндоскоп диаметром 10мм свободно введен в пищевод. Пищевод свободно проходит, слизистая его в абдоминальном отделе умеренно отечна. Кардия полностью не смыкается, Желудок обычных размеров, хорошо расправляется воздухом, в просвете желудка-пища. Перистальтика обычная. Видимая слизистая желудка гиперемирована во всех отделах, умеренно отечна, складки хорошо прослеживаются. Привратник правильной формы, деформирован, проходим легко. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована. Слизистая луковицы и постбульбарных отделов двенадцатиперстной кишки до нисходящей части включительно умеренно гиперемирована,отечна. БДС не увеличен,устье точечное,слизистая БДС гиперемирована. В просвете ДПК - пища. Под визуальным контролем установлен микрозонд в постбульбарные отделы ДПК.
Заключение
Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит неэрозивный. Пища в желудке,ДПК. Отечный дуоденит. Папиллит.

Протокол
Поджелудочная железа не увеличена, повышенной эхогенности, однородная, контур ровный. Печень: 13,1 см, однородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь: 6,3 x 2.1 см, с перетяжкой, стенки 3 мм. Холедох: 5 мм, билиарная сеть не расширена. Селезенка: 8,2 x 2,9 см, однородная. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.
Заключение
Диффузные изменения поджелудочной железы и печени.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

Осн: ГЭРБ: недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит.

Фон: Ожирение 2 ст.

Соп.: Гипертоническая болезнь 1 ст., АГ 2 ст., умеренный риск ССО

ЛЕЧЕНИЕ:

1. ИПП 2 раза в день
2. Гастропротекторы
3. Прокинетики

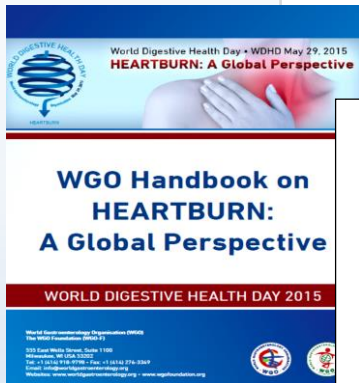
Через 14 дней положительная динамика: клинически уменьшение изжоги, отрыжки воздухом, болевой синдром купирован.

ЭГДС-контроль: слизистая пищевода в абдоминальном отделе физиологической окраски, отечности нет, кардия смыкается не полностью.

Рекомендации ВГО (2015)

ЛЕЧЕНИЕ

1. Способствовать модификациям стиля жизни.
2. Одобрять прием безрецептурных средств (антацидов и альгинатов) в установленном порядке.
3. Проверять лекарственные взаимодействия.
4. Исключить / лечить другие сопутствующие.



Последние
рекомендации
РГА по ГЭРБ
(2017)

www.gastro.ru Клинические рекомендации / Clinical guidelines

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

В.Т. Иващенко¹, И.В. Маев², А.С. Трухманов¹, Е.К. Баранская³, О.В. Дронова⁴, О.В. Зайратдинов⁵, Р.Р. Сайфуллин⁶, А.А. Шенгелин⁷, Т.Л. Лапина⁸, С.С. Парогов⁹, Ю.А. Кучерявый¹⁰, О.А. Сторонова¹¹, Д.Н. Андреев¹²

¹ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) / Медицинский факультет, г. Москва, Российская Федерация
²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (МГУ) / Факультет биомедицинских наук, г. Москва, Российская Федерация
³ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» / Самарский медицинский факультет, г. Самара, Российская Федерация
⁴Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный университет» / Медицинский факультет, г. Казань, Российская Федерация
⁵Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Т.Г. Шевченко Донецкий национальный университет» / Медицинский факультет, г. Донецк, Украина
⁶Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Т.Г. Шевченко Донецкий национальный университет» / Медицинский факультет, г. Донецк, Украина
⁷Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Т.Г. Шевченко Донецкий национальный университет» / Медицинский факультет, г. Донецк, Украина
⁸Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Т.Г. Шевченко Донецкий национальный университет» / Медицинский факультет, г. Донецк, Украина
⁹Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Т.Г. Шевченко Донецкий национальный университет» / Медицинский факультет, г. Донецк, Украина
¹⁰Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Т.Г. Шевченко Донецкий национальный университет» / Медицинский факультет, г. Донецк, Украина
¹¹Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Т.Г. Шевченко Донецкий национальный университет» / Медицинский факультет, г. Донецк, Украина
¹²Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Т.Г. Шевченко Донецкий национальный университет» / Медицинский факультет, г. Донецк, Украина

Diagnostics and treatment of gastroesophageal reflux disease: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association

V.T. Ivashchenko¹, I.V. Maev², A.S. Trukhmanov¹, Ye.K. Baranskaya³, O.V. Droнова⁴, O.V. Zayratsynov⁵, R.R. Saifullin⁶, A.A. Shengelin⁷, T.L. Lapina⁸, S.S. Parogov⁹, Yu.A. Kucheryavyy¹⁰, O.A. Storonova¹¹, D.N. Andreyev¹²

¹Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
²Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
³Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
⁴Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
⁵Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
⁶Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
⁷Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
⁸Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
⁹Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
¹⁰Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
¹¹Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation
¹²Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation

Цель публикации. Представить практические данные о методах диагностики, тактике лечения и особенностях рациональной фармакотерапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), основанных на принципах доказательной медицины.

Основные положения. По распространенности ГЭРБ занимает первое место среди гастро-

Aim of publication. To present the latest data on adequate diagnostic methods, treatment approaches and features of rational pharmacotherapy of gastroesophageal reflux disease (GERD) based on the principles of evidence-based medicine to general practitioners.

Summary. The prevalence of GERD occupies the first place of other gastroenterological diseases. The heartburn that is a leading GERD symptom is present at

Трухманов Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры гастроэнтерологии внутренних болезней ФГБОУ ВО «Первый МСГУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: Ivashchenko@yandex.ru, 119001, Москва, ул. Пашковская, д.1, стр.1

Доступные в настоящий момент ИПП — ежедневные стандартные дозы по исследованиям:

- Омепразол (20 мг)
- Рабепразол (20 мг)
- Лансопразол (30 мг)
- Пантопразол (40 мг)
- Эзомепразол (40 мг)
- Декслансопразол (60 мг)

Прокинетики:

— Могут уменьшать гастроэзофагеальный рефлюкс

— *Метоклпрамида* необходимо избегать из-за побочных эффектов.

— *Домперидон* не показывает большой эффективности и не рекомендуется из-за вопросов безопасности по поводу удлинения интервала QT на электрокардиограмме.

Показания к хирургическому вмешательству

- Сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы, не смотря на оптимальную терапию.
- Отрицательное воздействие на качество жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами.
- Наличие тяжелых осложнений ГЭРБ (пищевод Барретта, рефлюкс-эзофагит III или IV степени, язва пищевода, стриктура).
- Ограничения качества жизни или наличие осложнений связанных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.



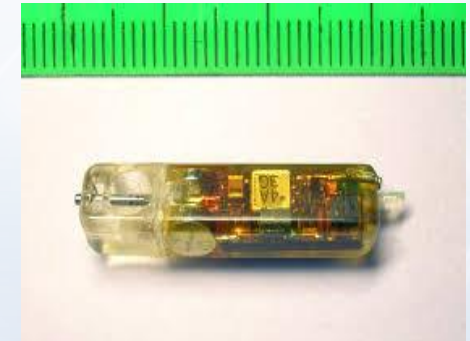
ИЗЖОГА

современная стратегия первичного лечения: каскадный принцип

КОНСУЛЬТАЦИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

1. ЭГДС + биопсия, гистология
2. Суточное измерение рН пищевода (48–72-часовое при применении пищеводной рН капсулы Bravo) или импеданс-рН мониторинг
3. Манометрия пищевода с высоким разрешением
4. Абдоминальное ультразвуковое исследование
5. Абдоминальная компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансное исследование (МРИ) брюшной полости
6. Терапевтическое пробное применение кислотосупрессии (“тест с ингибитором протонной помпы”)
7. Дыхательные тесты с лактозой, глюкозой, фруктозой
8. Диетические ограничения, после которых следует специфическая диетическая провокация

В зависимости от выявленной патологии – ведение пациентов согласно клиническим рекомендациям



Этиология разная – патогенез общий

Кислотозависимые заболевания ЖКТ являются коморбидными состояниями, при которых риск ЖКК с летальным исходом суммируется.



НПВП-индуцированные поражения желудочно-кишечного тракта —

патология желудочно-кишечного тракта, возникающая в хронологической связи с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и характеризующаяся повреждением слизистой оболочки (развитием эрозий, язв и их осложнений – кровотечения, пенетрации, перфорации).

- У **40–50%** пациентов желудочно-кишечное кровотечение обусловлено приемом НПВП.
- При приеме НПВП возрастает риск желудочно-кишечных кровотечений **в 3–5 раз**, прободений – **в 6 раз**.
- **34,6%** случаев госпитализаций в Москве с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение связаны с приемом НПВП.
- Кровотечение и перфорация язвы являются причиной смерти пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями и принимающих НПВП, и составляют **13,8%**.

НПВП–индуцированные поражения желудочно-кишечного тракта.

- НПВП широко используются по всему миру для лечения боли, воспаления и лихорадки;
- НПВП применяют для лечения ИБС, ЦВБ, воспалительных заболеваний, ревматоидного артрита, остеоартрита, дисменореи;
- Недавно сообщалось об использовании этих препаратов в некоторых типах лечения рака;
- НПВП ингибируют биосинтез простагландина и производят их терапевтические эффекты;
- Длительный прием НПВП вызывает поражения слизистой оболочки ЖКТ, кровотечения, воспаление, что приводит к перфорации, стриктурам в тонком и толстом кишечнике;
- Некоторые из неблагоприятных последствий НПВП протекают бессимптомно.



В настоящее время в клинической практике три стратегии предотвращения НПВП – гастропатии:

- 1 Совместное использование гастропротекторных препаратов;
- 2 Использование селективных ингибиторов ЦОГ-2;
- 3 Эрадикация *H. Pylori*.



Рекомендации ACCF/ACG/AHA^[1]

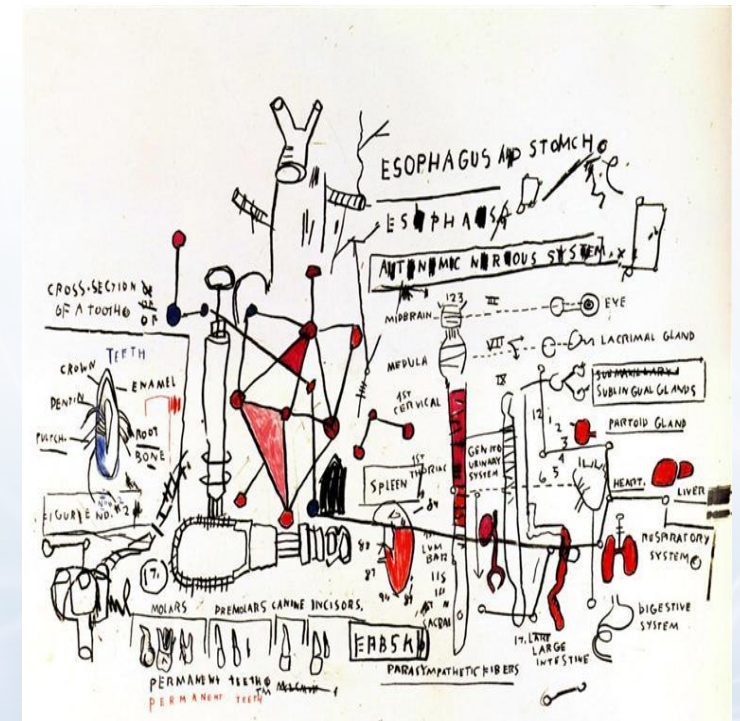


Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта основным проявлением которого формирование достаточно стойкого язвенного дефекта в желудке и/или двенадцатиперстной кишке



«- Не волнуйся так, милый, - сказал я, - а то язву наживешь. Береги желудок, дороже желудка у тебя ничего нет.»

А.Стругацкий, Б.Стругацкий.
Хищные вещи века



Язва Желудка
Жан-Мишель Баския, 1983
Daros Collection, Zurich,
Switzerland



*«Нет кислоты –
нет язвы»*

Карл Шварц (Karl Schwarz, 1868-1917гг) — хирург, главный врач Госпиталя братьев милосердия в Загребе.



Нобелевскую премию в области медицины и физиологии за 2005 год получили австралийцы Барри Маршалл и Робин Уоррен, открывшие *Helicobacter pylori*.



*«Нет Helicobacter pylori –
нет Helicobacter pylori-
ассоциированной язвенной
болезни»*

G. Tytgat, 1995г



Генетические факторы, которые способствуют возникновению ЯБ:

- Высокий уровень максимальной секреции соляной кислоты;
- Увеличения числа париетальных клеток и их повышенная чувствительность к гастрину;
- Избыточная выработка гастрина в ответ на стимуляцию;
- Гастродуоденальная дисмоторика - продолжительная задержка пищи в желудке;
- Недостаточность выработки секреторного Ig A и простагландинов;
- Серологические маркеры крови: снижают резистентность слизистой оболочки желудка группа крови O(1), положительный резус-фактор;
- Наследственные маркеры гистосовместимости для ЯБ ДПК - HLA B5 (в украинской популяции - B15, в русской - B14);
- Врожденный дефицит антитрипсина;
- Отсутствие выделения с желудочным соком факторов системы ABO (риск ЯБ возрастает в 2,5 раза).



ВНИМАНИЕ!

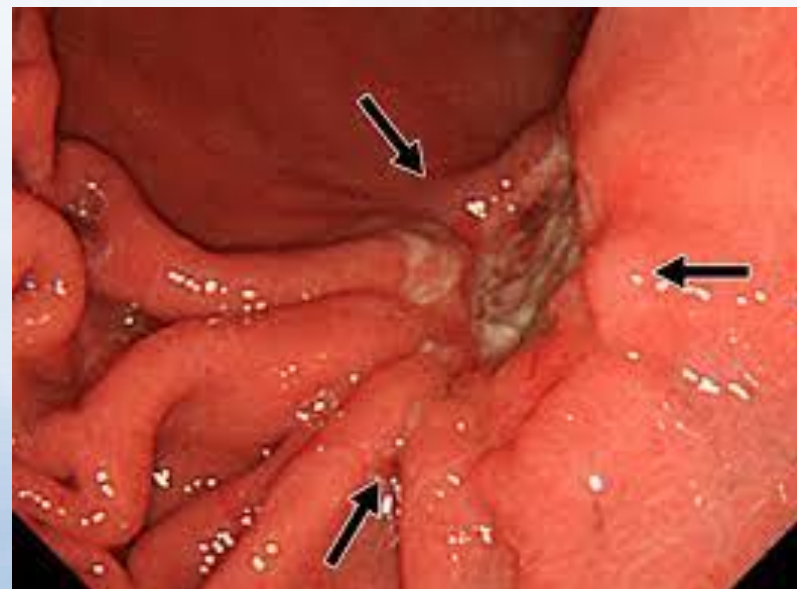
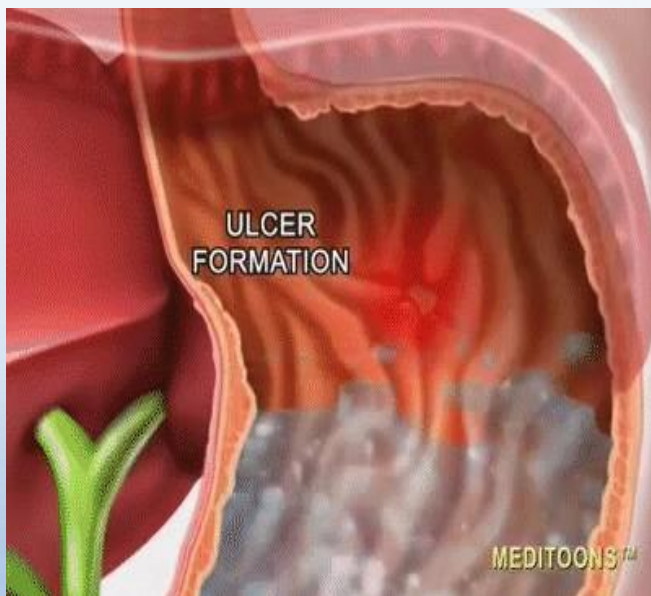
- «Кинжальные» боли в эпигастрии
- «Черный стул»
- Рвота «кофейной гущей»
- Снижение веса
- Анемия

Исключить кровотечение, пенетрацию, перфорацию, стеноз пилоруса, перивисцерит, опухоль!

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

(Ю.В. Белоусов)

1. Болевой синдром
2. Диспептический синдром
3. Астено-невротический синдром, вегетативные расстройства.



Классификация язвенной болезни (Мазурин А.В. и соавт.)



- 1. Клинико-эндоскопическая стадия:** острая язва; начало эпителизации; клинико-эндоскопическая ремиссия
- 2. Фазы:** обострение; неполная клиническая ремиссия; клиническая ремиссия
- 3. Локализация:** желудок; двенадцатиперстная кишка; двойная локализация
- 4. Форма:** без осложнений; с осложнениями
- 5. Функциональная характеристика:** кислотность желудочного содержимого и моторика (повышенные, сниженные, в норме)
- 6. Этиологическая характеристика:** *Helicobacter pylori* - ассоциированная; *Helicobacter pylori* - неассоциированная

H. Pylori –ассоциированные заболевания

- Хронический гастрит
- Язвенная болезнь
- Рак желудка
- MALT – лимфома желудка



Рекомендации Маастрихт-5

Линии терапии	Регионы с низкой резистентностью	Регионы с высокой резистентностью
 <p>Первая линия терапии</p>	<p>Стандартная тройная терапия (ИПП + кларитромицин + амоксициллин или метронидазол 7-14 дней)</p> <p>Классическая квадротерапия (ИПП + тетрациклин + метронидазол + препарат висмута) 10 дней</p>	<p>Классическая квадротерапия (ИПП + тетрациклин + метронидазол + препарат висмута)</p> <p>Последовательная терапия (ИПП + амоксициллин 5 дней, затем ИПП + метронидазол + кларитромицин 5 дней)</p> <p>Одновременная терапия (ИПП + амоксициллин + метронидазол + кларитромицин) 10 дней</p>
 <p>Вторая линия терапии</p>	<p>Классическая квадротерапия 10 дней</p> <p>Тройная терапия с левофлоксацином (ИПП + левофлоксацин + амоксициллин) 10 дней</p>	<p>Классическая квадротерапия (ИПП + тетрациклин + метронидазол + препарат висмута)</p> <p>Тройная терапия с левофлоксацином (ИПП + левофлоксацин + амоксициллин) 10 дней</p>

ИЗЖОГА

современная стратегия первичного лечения: каскадный принцип

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

КЛИНИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ИЗЖОГЕ

Пациент с постоянной или часто возникающей ИЗЖОГОЙ в течение минимум 6 месяцев:

- Не связанной с каким-либо системным заболеванием
- С потерей ежедневной деятельности, включая работу и социальную активность

Изжога связана с едой, физической нагрузкой, беспокоит ночью, уменьшается после приема антацидов?

ДА

Функциональная диспепсия
ГЭРБ
Язвенная болезнь желудка
и/или 12перстной кишки
Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ

НЕТ

Выявлены ли угрожающие признаки в анамнезе или при осмотре?

ДА

Выполнение соответствующих диагностических мероприятий по поводу угрожающих признаков

НЕТ

Подозрение на симуляцию?

ДА

Направление к психиатру для исключения симуляции

НЕТ

Синдром функциональной изжоги

В лекции использованы источники:

1. Allaix ME, Patti MG. Current status of diagnosis and treatment of GERD in the United States. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2013;59(1):41-8.
2. Berardi RR, ed. *Handbook of nonprescription drugs: an interactive approach to self-care*. 16th ed. Washington, DC: American Pharmacists Association, 2009.
3. Bhatt et al. ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use // *JACC*. — 2008. — Vol. 52, № 18. — 1502-1517.
4. Bjarnason I, Hayllar J, MacPherson AJ, Russell AS. Side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. *Gastroenterology*. 1993;104(6):1832–1847. [PubMed]
5. Current approaches to prevent NSAID-induced gastropathy – COX selectivity and beyond
6. DeRuiter J. Non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDS) *Principles of Drug Action*. 2002;2:1–25.
7. DuBois RN, Smalley WE. Cyclooxygenase, NSAIDs, and colorectal cancer. *Journal of Gastroenterology*. 1996;31(6):898–906. [PubMed]
8. Fletcher J. et al. *Gastroenterol*. 2001;121(4):775-83. Tytgat G.N. et al., *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27(3):249-56.
9. *Gastroenterology*. - 1995. - Vol. 109. - P. 601-610.
10. Gibson PR, Shepherd SJ. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:252–8.
11. Grundmann O, Yoon S. L. Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: An integrative view. *World J Gastroenterol* 2014; 20(2): 346-362
12. Hawkey CJ. Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. *Gastroenterology*. 2000;119(2):521–535. [PubMed]
13. Jacobson B.S., Somers S.C., Fuchs C.S. et al. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women.
14. Jan C Becker, Wolfram Domschke, and Thorsten Pohle *Br J Clin Pharmacol* 2004 Dec; 58(6): 587–600.
15. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008;135:1383–91. Available at: [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(08\)01606-5/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(08)01606-5/fulltext).
16. Mahachai V. FIP-WGO Joint Session. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2015; 49(4):1-11.
17. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut* 2017; 66 (1): 6–30.
18. *N Engl J Med*. 2006; 354(22): 2340-8.

В лекции использованы источники:

19. Nocon M., Labenz J., Jaspersen D. et al. Association of body mass index with heartburn, regurgitation, and esophagitis: results of the progression of gastroesophageal reflux disease study. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007; 22(11): 1728-1731.
20. Nuki G. Pain control and the use of non-steroidal analgesic anti-inflammatory drugs. *British Medical Bulletin.* 1990;46(1):262–278. [PubMed]
21. Saverymuttu SH, Thomas A, Grundy A, Maxwell JD. Ileal stricturing after long-term indomethacin treatment. *Postgraduate Medical Journal.* 1986;62(732):967–968. [PMC free article] [PubMed]
22. Smalley WE, DuBois RN. Colorectal cancer and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Advances in Pharmacology.* 1997;39:1–20. [PubMed]
23. Smalley WE, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the incidence of hospitalizations for peptic ulcer disease in elderly persons. *American Journal of Epidemiology.* 1995;141(6):539–545. [PubMed]
24. Smith L. Updated ACG guidelines for diagnosis and treatment of GERD. *Am Fam Physician* 2005;71:2376–82. Available at: <http://www.aafp.org/afp/2005/0615/p2376.html>.
25. Vane JR. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. *Nature New Biology.* 1971;43:232–235. [PubMed]
26. Vane JR. The fight against rheumatism: from willow bark to COX-1 sparing drugs. *Journal of Physiology and Pharmacology.* 2000;51(4):573–586. [PubMed]
27. Vane JR. The mode of action of aspirin and similar compounds. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 1976;58(6):691–712. [PubMed]
28. WGO Global Guidelines Common GI symptoms (long version) 19 © World Gastroenterology Organisation, 2013
29. Верткин А.Л., Зайратьянц О.В. и соавт., 2000-2010гг
30. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические рекомендации. РГА, 2014. Москва. 23 с.
31. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические рекомендации. РГА. 2017.
32. Клиническая патофизиология. Атлас Зилбернагель С., Ланг Ф.
33. Последние рекомендации РГА по ГЭРБ (2017)

Сайты

<http://www.romecriteria.org>