

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	4
Список сокращений и условных обозначений	5
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	7
<i>В.Н. Ларина, Д.Г. Карпенко</i>	
Хронический гастрит	28
<i>В.Н. Ларина, М.Г. Головко, С.С. Соловьев</i>	
Язвенная болезнь	65
<i>В.Н. Ларина, М.Г. Головко, С.С. Соловьев</i>	
Синдром раздраженной кишки	122
<i>В.Н. Ларина, М.Г. Головко, С.С. Соловьев</i>	
Функциональные расстройства билиарного тракта	169
<i>В.Н. Ларина, Д.Г. Карпенко</i>	
Литература	183

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

В.Н. Ларина, Д.Г. Карпенко

1. Формулировка диагноза

При формулировке диагноза необходимо указать:

- форму гастроэзофагеальной рефлюксной болезни;
- степень поражения пищевода по эндоскопической классификации Лос-Анджелес;
- осложнения.

1.1. Нозология

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и двенадцатиперстной кишки, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов.

1.2. Клиническая форма

В настоящее время выделяют две формы ГЭРБ:

- эндоскопически негативная, или неэрозивная, рефлюксная болезнь (на ее долю приходится 65–70% случаев заболеваний);
- эрозивный эзофагит (рефлюкс-эзофагит, эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь) — 30–35% случаев заболеваний.

1.3. Степень поражения пищевода по эндоскопической классификации Лос-Анджелес

Для рефлюкс-эзофагита рекомендуют использовать классификацию по степени поражения слизистой оболочки пищевода, принятую на X Всемирном съезде гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994) (табл. 1).

Таблица 1. Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита

Степень эзофагита	Эндоскопическая картина
A	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной <5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
B	Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной >5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
C	Поражение слизистой оболочки, распространяющееся на две складки слизистой оболочки и более, но занимающее менее 75% окружности пищевода
D	Поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 75% окружности пищевода и более

1.4. Осложнения

Основным методом диагностики осложнений является эндоскопическое исследование с биопсией. Осложнения ГЭРБ представлены на рис. 1.

Язвы пищевода	Кровотечение из язв пищевода	Стриктура пищевода	Пищевод Барретта	Аденокарцинома пищевода
------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------	----------------------------

Рис. 1. Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

1.5. Примеры формулировки диагноза

DS: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неэрозивная форма.

DS: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивная форма, эзофагит степени А.

DS: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивная форма, эзофагит степени С. Пищевод Барретта, дисплазия высокой степени.

2. Верификация диагноза

Диагноз ГЭРБ устанавливается клинически. Лабораторные и инструментальные обследования проводятся с целью уточнения формы и/или наличия осложнений. Для клинической диагностики используются критерии Мейо: наличие изжоги и/или кислой отрыжки раз в неделю и чаще в течение последних 12 мес.

При выявлении симптомов необходимы тщательный опрос больного, анализ жалоб, истории болезни, жизни, осмотр больного.

Для упрощения и ускорения сбора анамнеза в амбулаторных условиях применяется опросник GerdQ (табл. 2).

Таблица 2. Опросник GerdQ

Как часто вы ощущали изжогу?			
0 дней — 0 баллов	1 день — 1 балл	2–3 дня — 2 балла	4–7 дней — 3 балла
Как часто вы ощущали, что содержимое желудка (жидкость либо пища) снова попадает в глотку или полость рта (отрыжка)?			
0 дней — 0 баллов	1 день — 1 балл	2–3 дня — 2 балла	4–7 дней — 3 балла
Как часто вы ощущали боль в центре верхней части живота?			
0 дней — 3 балла	1 день — 2 балла	2–3 дня — 1 балл	4–7 дней — 0 баллов
Как часто вы ощущали тошноту?			
0 дней — 3 балла	1 день — 2 балла	2–3 дня — 1 балл	4–7 дней — 0 баллов
Как часто изжога и/или отрыжка мешали вам выспаться ночью?			
0 дней — 0 баллов	1 день — 1 балл	2–3 дня — 2 балла	4–7 дней — 3 балла

Окончание табл. 2

Как часто по поводу изжоги вы принимали другие средства (раствор питьевой соды, антациды), кроме рекомендованных лечащим врачом?

0 дней — 0 баллов	1 день — 1 балл	2–3 дня — 2 балла	4–7 дней — 3 балла
-------------------	-----------------	-------------------	--------------------

Примечание. 8 и более баллов свидетельствуют о высокой вероятности ГЭРБ.

2.1. Жалобы пациента

Для оценки жалоб пациентов в мире применяют Монреальскую классификацию клинических проявлений ГЭРБ, в которой они разделены на две большие группы: пищеводные и внепищеводные.

Пищеводные проявления: наиболее характерным симптомом являются: изжога; жжение за грудиной после еды, наклонов туловища, физической нагрузки; отрыжка кислым, горьким; боль в эпигастральной области и за грудиной (у мечевидного отростка) после еды, усиливается при наклонах.

Другие пищеводные симптомы: срыгивание, дисфагия, одинофагия, икота, рвота, чувство раннего насыщения, тяжесть в животе после еды, метеоризм.

Внепищеводные проявления представлены в табл. 3.

Таблица 3. Внепищеводные проявления, или «маски», гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Бронхолегочные	Хронический кашель, связанный с рефлюксом, бронхиальная астма, легочный фиброз, аспирационные пневмонии
Оториноларингологические	Хронический ларингит, гранулемы голосовых складок, хронический фарингит, синуситы, рецидивирующий средний отит
Стоматологические	Поражение зубов вследствие повреждения зубной эмали агрессивным содержимым желудка, развитие кариеса и образование дентальных эрозий

2.2. Анамнез

При сборе анамнеза необходимо уделять внимание выявлению провоцирующих факторов (табл. 4).

Таблица 4. Провоцирующие факторы

Курение, наклоны вперед, положение лежа после еды	—
---	---

Окончание табл. 4

Переполнение желудка	Обильная еда, стеноз привратника
Повышение внутрижелудочного давления	Ожирение, беременность, асцит, ношение тугих поясов, корсетов, бандажей
Прием лекарственных средств	Нитраты, антагонисты кальция, β -блокаторы, холинолитики, теофиллин, β -адренергические агонисты, нестериоидные противовоспалительные препараты, агонисты дофамина, трициклические антидепрессанты, бисфосфонаты,ベンодиазепины, барбитураты, доксициклин, хинидин, оральные контрацептивы, заместительная гормональная терапия (эстрогены)
Прием некоторых продуктов	Томаты, кислые фруктовые соки, продукты, усиливающие газообразование, жирная пища, шоколад, кофе, алкоголь, очень горячая и холодная пища, газированные напитки
Склеродермия	CREST-синдром

2.3. Лабораторные и инструментальные обследования

Лабораторные и инструментальные методы исследования представлены в табл. 5 и 6.

Таблица 5. Основные инструментальные и лабораторные методы исследования

Метод	Комментарий
Инструментальные исследования	
Фиброззофагогастродуоденоскопия	Позволяет дифференцировать неэрозивную рефлексную болезнь и рефлюкс-эзофагит, выявлять осложнения, оценивать эффективность проводимого лечения, а также динамику изменений. При осложненном течении заболевания (язвы, стриктуры, пищевод Барретта) выполняют биопсию слизистой оболочки пищевода с последующим гистологическим исследованием
Рентгенологическое исследование пищевода	Позволяет обнаружить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, диффузный эзофагоспазм, стриктуры пищевода и заподозрить короткий пищевод у тех пациентов, которым планируется хирургическое лечение

Окончание табл. 5

Метод	Комментарий
Лабораторные исследования	
Клинический анализ крови	Для исключения анемии, воспалительных изменений
Биохимический анализ крови	Для выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости
¹³ С-уреазный дыхательный тест или определение антигена хеликобактера в кале	Для диагностики хеликобактериоза
Анализ кала на скрытую кровь	Для исключения желудочно-кишечных кровотечений

Таблица 6. Исследования, показанные отдельным пациентам

24-часовая внутрипищеводная pH-метрия	Проводится при эндоскопически негативной форме ГЭРБ, ее атипичных формах (некардиальной боли за грудиной, хроническом кашле), а также для оценки эффективности лекарственных препаратов, к признакам заболевания при которой относят увеличение общего времени рефлюкса (pH <4,0 более чем 5% в течение суток) и длительность эпизода рефлюкса (>5 мин)
---------------------------------------	---

Окончание табл. 6

Внутрипищеводная манометрия	Позволяет изучить показатели движения стенки пищевода и деятельности его сфинктеров; при ГЭРБ ее проводят с целью оценки работы нижнего пищеводного сфинктера, моторной функции пищевода. Исследование выполняется при рефрактерных формах ГЭРБ
рН-импедансометрия пищевода	Метод регистрации жидкых и газовых рефлюксов, основанный на измерении сопротивления (импеданса), которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода, независимо от значения рН рефлюката. Исследование выполняется при рефрактерных формах ГЭРБ
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	При ГЭРБ без изменений, проводят для выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости
Электрокардиографическое исследование, холтеровское мониторирование электрокардиографии, велоэргометрия	Используют для дифференциальной диагностики с ишемической болезнью сердца, при ГЭРБ изменений не обнаруживают. При необходимости возможно провести гастроэзофагеальное мониторирование — исследование, в котором суточная рН-метрия совмещена с холтеровским мониторированием электрокардиографии

2.4. Дифференциальная диагностика

При типичной клинической картине ГЭРБ дифференциальная диагностика обычно не представляет трудностей.

При наличии внепищеводных симптомов ГЭРБ следует дифференцировать от ишемической болезни сердца, патологии дыхательной системы, отоларингологической патологии.

Для дифференциальной диагностики ГЭРБ с эзофагитами иной этиологии проводят гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки.

Алгоритм диагностики ГЭРБ на догоспитальном этапе представлен на рис. 2.

3. Лечение

3.1. Немедикаментозная терапия

Немедикаментозное лечение представлено на рис. 3.



Рис. 2. Алгоритм диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на догоспитальном этапе

- Поддерживать массу тела в норме
- По возможности воздерживаться от приема препаратов, способствующих возникновению рефлюкса
- Избегать обильного приема пищи
- После приема пищи избегать наклонов вперед и горизонтального положения
- Последний прием пищи не позже чем за 3–4 ч до сна
- Ограничить употребление продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельное молоко, сливки, торты, пирожные), жирной рыбы и мяса (гусь, утка, свинина, баранина, жирная говядина), алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, мяты, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жареных блюд; отказаться от газированных напитков, очень острой, горячей или холодной пищи
- Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление: не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8–10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса
- Спать с приподнятым головным концом кровати
- Отказаться от курения и алкоголя

Рис. 3. Мероприятия общего характера при ведении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью