

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Под редакцией

Майкла Ф. Ваези

Перевод на русский язык,

под редакцией

В.А. Ахмедова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 1

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Амит Пател и С. Пракаш Гьявали¹

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — одно из самых распространенных желудочно-кишечных заболеваний среди пациентов поликлиник во всех странах мира [1]. Проведенный систематический обзор исследований в популяции в целом выявил, что распространенность ГЭРБ составляет 10–20% в странах Запада и 5% в странах [2] Азии. Большая распространенность в отдельных странах указывает на наличие хронической формы заболевания [2]. К тому же это заболевание сопровождается колоссальными экономическими потерями: годовой объем прямых затрат здравоохранения США на курацию пациентов с ГЭРБ составляет 9 млрд долл. США [3]. Кроме того, ГЭРБ оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов, приводя к снижению показателей физического и психического здоровья пациентов [4]. Это указывает на чрезвычайную важность данного заболевания для системы здравоохранения [1]. По мере старения населения, увеличения случаев тяжелого рефлюкс-эзофагита и распространенности пищевода Барретта (ПБ) возрастает важность своевременной инструментальной диагностики ГЭРБ [5]. В этой главе авторы представляют различные подходы к симптоматическому, эндоскопическому определению заболевания, освещаются возможности проведения амбулаторной диагностики повышенной кислотности и проведения импедансометрии. Также описываются аспекты диагностики структурных и анатомических аномалий, влияющих на течение ГЭРБ.

¹ С. Р. Gyawali (✉), А. Пател.

Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Barnes-Jewish Hospital/
Washington University School of Medicine, Campus Box 8124, 660 S. Euclid Avenue,
St. Louis, MO 63110, USA.

E-mail: cprakash@wustl.edu.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Гастроэзофагеальный рефлюкс — это ретроградное поступление желудочного содержимого через желудочно-пищеводный переход (ЖПП) и нижний пищеводный сфинктер (НПС). Гастроэзофагеальный рефлюкс может быть физиологическим и возникать у здоровых людей после приема пищи.

В ответ на факторы, приводящие к снижению тонуса НПС и временному растяжению фундального отдела желудка, возникает характерное ретроградное движение воздуха и симптом отрыжки [6]. У здоровых людей, исходный тонус НПС совместно с ножкой диафрагмы, расположенной на одном уровне с НПС, а также угол между пищеводом и желудком предотвращают значительное ретроградное поступление желудочного содержимого через ЖПП и НПС. Формирование переходящих расслаблений тонуса НПС может приводить к небольшим забросам желудочного содержимого в пищевод у здоровых людей, при этом нормальная перистальтическая активность пищевода способствует возвращению рефлюксного содержимого обратно в желудок [7].

Гастроэзофагеальный рефлюкс становится патологическим и превращается в ГЭРБ, когда рефлюксы начинают причинять беспокойство в виде изжоги или отрыжки либо приводят к повреждению слизистой оболочки с формированием эзофагита или ПБ [8, 9]. Наличие клинических симптомов и степень повреждения слизистой оболочки пищевода далеко не всегда соотносятся друг с другом. Именно поэтому субъективный анализ клинических симптомов и результаты эндоскопического осмотра слизистой оболочки пищевода далеко не всегда могут указывать на наличие у пациента ГЭРБ. Симптомы, связанные с ГЭРБ, могут быть нетипичными (некардиальная боль в грудной клетке) или внепищеводными (кашель, астма, эрозия зубов), что еще более усложняет диагностику ГЭРБ [1]. Только проведение тщательного анализа клинических симптомов, эндоскопического осмотра слизистой оболочки пищевода и тестов для количественной оценки рефлюксного содержимого позволит четко установить связь возникновения клинических симптомов с эпизодами рефлюкса у пациентов с ГЭРБ.

СИНДРОМАЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

В большинстве случаев пациенты с ГЭРБ обращаются за медицинской помощью с типичными симптомами заболевания — изжогой и

регургитацией. Вместе с тем признание атипичных вариантов ГЭРБ приводит к тому, что все чаще приходится сталкиваться с пациентами, у которых имеются только атипичные симптомы, при этом классические клинические проявления ГЭРБ или эндоскопические признаки повреждения слизистой оболочки пищевода отсутствуют. Учитывая диагностические сложности, связанные со множеством возможных клинических проявлений ГЭРБ в различных географических регионах, была сформирована Международная группа экспертов для разработки общепризнанной Монреальской классификации ГЭРБ [1]. Используя модифицированный процесс Делфи в течение двух лет, эта группа экспертов выдвинула 50 важных предложений, касающихся определения ГЭРБ, которые были опубликованы в 2006 г. Вот основное определение ГЭРБ, предложенное Монреальской согласительной группой: «Заболевание, развивающееся вследствие рефлюкса содержимого желудка в пищевод и проксимально, причиняющее неприятные симптомы и/или осложнения» [1].

Согласно Монреальской классификации, симптомы рефлюкса должны обязательно причинять беспокойство пациенту, чтобы соответствовать определению ГЭРБ. В частности, для оценки порога причиняемого дискомфорта пациенту были проведены популяционные исследования, на основании которых было предложено, что при среднетяжелой и тяжелой ГЭРБ симптомы должны происходить по крайней мере 2 дня в неделю и более, а возникающие по крайней мере 1 раз в неделю могут приближаться к установленному порогу [10, 11].

Другие исследователи предположили, что симптомы изжоги, возникающие чаще двух раз в неделю, оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов [12]. Однако на практике врачи чаще всего полагаются на ощущения пациентов, которые сами определяют, доставляют ли им симптомы рефлюкса беспокойство, а не полагаются на продолжительность и частоту порогов частоты рефлюксов для установления диагноза ГЭРБ. При отсутствии повреждения слизистой оболочки пищевода эпизодическая изжога не причиняет выраженных беспокойств пациенту, являясь симптоматической, и не отвечает критериям Монреальской классификации ГЭРБ [13].

На основе Монреальской классификации ученые пришли к выводу, что изжога и регургитация — характерные симптомы типичного рефлюкса, позволяют заподозрить ГЭРБ на основании присутствия только этих симптомов, подтверждая позицию, принятую Американской гастроэнтерологической ассоциацией в 2008 г. [14]. Тем не менее

типичные симптомы ГЭРБ (изжога, отрыжка) сами по себе лишь незначительно позволяют предсказать наличие у пациента ГЭРБ. При проведении крупного исследования на большой группе пациентов (33 000 человек), которым было проведено эндоскопическое обследование по поводу симптомов типичной ГЭРБ, у 27,8% выявлялся эрозивный эзофагит (ЭЭ), у 9,1% имелись признаки ПБ, у 3,7% имелись стриктуры пищевода, у 44,8% из них выявлялась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. У остальных 39% выявлялась нормальная эндоскопическая картина [15]. По результатам другого исследования, по сравнению с эндоскопическим подтверждением ГЭРБ типичные клинические симптомы продемонстрировали чувствительность в диагностике заболевания лишь 44%, но при этом специфичность составила 87% [16]. Когда суточное рН-мониторирование применяется в качестве «золотого стандарта» диагностики ГЭРБ, результаты становятся значительно более достоверными. В проведенном исследовании с участием более 300 пациентов, направленных на 24-часовую амбулаторную рН-метрию, типичные симптомы ГЭРБ уже имели чувствительность 78% и специфичность 60% [17]. Аналогичные результаты были получены и в группе из 228 пациентов, которым ранее была проведена лапароскопическая антирефлюксная хирургическая операция. При этом было выявлено, что только один клинический симптом — изжога — имел достоверную корреляционную связь с кислотными рефлюксами с положительной прогностической ценностью 43%, отрицательной прогностической ценностью 82% и общей точностью 78% [18]. Включение в дальнейшую диагностическую тактику теста с ингибитором протонной помпы (ИПП) добавляло дополнительную ценность синдромальной диагностике у пациентов с типичными симптомами ГЭРБ.

Значительным прорывом в определении ГЭРБ в течение последних двух десятилетий является выделение классических пищеводных и внепищеводных синдромов заболевания. В Монреальской классификации пищеводные синдромы подразделяются на симптоматические (типичный синдром рефлюкса, болевой синдром в грудной клетке, связанный с рефлюксом) и синдромы, связанные с повреждением пищевода при рефлюксе (рефлюкс-эзофагит, рефлюкс-стриктуры, ПБ и АКП) [1]. Внепищеводные синдромы были разделены на достоверно связанные с рефлюксом (рефлюкс-индуцированный кашель, рефлюкс-ларингит, рефлюкс-индуцированная астма и поражение зубной эмали) и предположительно связанные с рефлюксом (фарингит, синусит, идиопатический легочный фиброз и рецидивирующий средний отит).

При внепищеводных симптомах рефлюкса диагностическая ценность эндоскопии и суточного рН-мониторирования ниже, чем у пациентов с типичными проявлениями ГЭРБ. Кроме того, диагностическая точность доступных методов, в том числе ларингоскопии, эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, рН-метрии и рН-импедансометрии для подтверждения предполагаемых внепищеводных проявлений ГЭРБ, также не является оптимальной [19] и вносит существенный вклад в расходы системы здравоохранения. На самом деле стоимость первоначальной диагностики при подозрении на внепищеводные симптомы рефлюксной болезни может быть более чем в 5 раз выше, чем при диагностике типичной ГЭРБ [20].

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ОСНОВАННОЕ НА СИМПТОМАТИЧЕСКОМ ОТВЕТЕ НА ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

При первичном ведении пациентов с ГЭРБ широко применяемым диагностическим подходом является эмпирическое назначение ИПП, и наличие клинического ответа на данный ИПП-тест подтверждает наличие заболевания. Первоначальные описания теста с ИПП содержали следующие назначения: омепразол 40 мг перед завтраком и 20 мг перед обедом в течение 7 дней, при этом 80% пациентов с ГЭРБ и наличием изжоги отметили клиническое улучшение по сравнению с 42% пациентов с наличием изжоги при отсутствии ГЭРБ [21]. Когда симптоматический ответ на 7-дневную терапию омепразолом 2 раза в день сравнивали с воздействием кислотных рефлюксов на пищевод или наличием ЭЭ при эндоскопическом исследовании, тест с ИПП показал чувствительность 75–80%, однако специфичность составила лишь 55% [21, 22].

В одном из исследований пациентов с ГЭРБ с наличием ЭЭ на эндоскопическом исследовании тест с ИПП показал сходную чувствительность к кислотной экспозиции и индексу симптомов с 24-часовым рН-мониторингом (83 по сравнению с 80%) [23]. В метаанализе, включавшем 15 исследований по оценке точности эмпирического теста с ИПП в качестве диагностического метода при ГЭРБ (с использованием суточного мониторирования рН в качестве эталона), положительное отношение шансов (ОШ) составило 1,63–1,87, чувствительность 78% и специфичность 54% [24].

Ответ пациента на тест с ИПП при диагностике изжоги, не связанной с ГЭРБ, следует интерпретировать с большой осторожностью, поскольку существует перекрест с другими заболеваниями, при которых