

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
Украинская медицинская стоматологическая академия

«Утверждено»
на заседании кафедры
Внутренняя медицина № 1
Заведующий кафедрой
Профессор Скрыпник И.Н.

Протокол № 2 15.09.2016 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
В РАМКАХ ПОДГОТОВКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

<i>Дисциплина</i>	Внутренняя медицина
<i>Модуль</i>	Современная практика внутренней медицины
<i>Содержательный модуль</i>	Ведение пациентов с основными симптомами и синдромами в гастроэнтерологической клинике
<i>Тематические сессии</i>	Ведение пациента с диспепсией Ведение пациента с дисфагией и изжогой
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Медицинская №1

Полтава 2016 г.

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ: необходимость изучения темы «Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь» в клинике внутренних болезней обусловлена значительной распространенностью данной патологии в мире. Среди взрослого населения большинства развитых стран частота изжоги достигает 40 % но имеет тенденцию к росту. По степени снижения качества жизни гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) уступает лишь психическим болезням и опережает пептическую язву двенадцатиперстной кишки, стенокардию и гипертоническую болезнь I-II стадий. У 10% пациентов с симптомами ГЭРБ развивается пищевод Барретта, который увеличивает риск появления аденокарциномы пищевода в 30-125 раз. Начало третьего тысячелетия характеризуется бурным ростом ГЭРБ в развитых странах мира (в 4-5 раз). Считается, что это может быть связано с высокой распространенностью такого фактора риска ГЭРБ как ожирение, а также с сидячим образом жизни и изменением состава. Согласно унифицированного клинического протокола первичной, вторичной (специализированной) медицинской помощи, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Украины от 31.10.2013 г № 943 ГЭРБ – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление симптомов, беспокоящих пациента, и/или развитие осложнений. При этом наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация (срыгивание, кислая отрыжка), возникающие не менее одного раза в неделю, а наиболее распространенным осложнением – рефлюкс-эзофagit. Установление диагноза ГЭРБ наиболее целесообразным для большинства пациентов с типичными жалобами на изжогу, у которых не наблюдаются «тревожные признаки». При установлении клинического диагноза необходимо определить степень повреждения пищевода после эндоскопического обследования (А, В, С, D) согласно Лос-Анджелесской классификации.

2. УЧЕБНЫЕ ЦЕЛЫЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Ознакомиться:

- с распространенностью гастроэзофагальной рефлюксной болезни, дисфагией;

2. Студент должен знать:

-основные этиологические факторы ГЭРБ, дисфагии;

-патогенез ГЭРБ дисфагии,;

-проявления ГЭРБ дисфагии;

-классификацию ГЭРБ дисфагии;

-современные принципы терапии ГЭРБ дисфагии и ее профилактики.

3. Студент должен уметь:

-провести клиническое обследование больных с ГЭРБ дисфагии;

-составить план обследования больного с ГЭРБ дисфагии;

-интерпретировать результаты исследований;

-провести дифференциальную диагностику;

-составить схему лечения больного с ГЭРБ дисфагии;

- составить план профилактических мероприятий предотвращения развития ГЭРБ дисфагии, желудочной диспепсии,.

3.МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ.

ДИСЦИПЛИНА	ПОЛУЧЕННЫЕ НАВЫКИ
1. Нормальная анатомия	Обнаружить изменения со стороны желудочно-кишечного тракта
2. Нормальная физиология	Обнаружить нарушение основных физиологических функций пищеварительной системы
3.Биохимия	Оценить данные лабораторных методов исследования при патологии желудочно-кишечного тракта
4. Патофизиология	Определять патологические изменения со стороны пищеварительной системы
5. Патанатомия	Определять патологические изменения на клиническом уровне

6.Пропедевтика внутренних болезней	Провести клиническую, лабораторную и инструментальную диагностику больного. Провести физикальную диагностику тематического больного и оценить изменения лабораторных и функциональных исследований
------------------------------------	--

4. ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

№ п/п	Термин	Определение
1.	Одинофагия	Боль при глотании и прохождении еды по пищеводу
2.	Дисфагия	Ощущение затруднения или препятствие при прохождении еды по пищеводу
3.	Пищевод Баретта	Кишечная метаплазия неполного типа в дистальном отделе пищевода

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

- 1.Этиология ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии,.
- 2.Основные патогенетические механизмы развития ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.
- 3.Основные клинические проявления ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.
- 4.Какие атипичные проявления ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.
- 5.Какие основные критерии диагностики при гастроэзофагальнорефлюксной болезни дисфагии,желудочной диспепсии.
- 6.Роль гастроэзофагального рефлюкса в развитии эзофагита и пищевода Барретта.
- 7.Классификация ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.
- 8.Клинические проявления эрозивной ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.
- 9.Клинические проявления неэрозивной ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.
- 10.Какие осложнения возможны при ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.
- 11.Лечение неэрозивной ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.
- 12.Лечение эрозивной ГЭРБ.
13. Основные принципы профилактики ГЭРБ дисфагии,желудочной диспепсии.

4.3. Практические задания, которые выполняются на занятии:

- 1.Провести клиническое обследование больного.
- 2.Обосновать предварительный диагноз больного.
- 3.Составить план дополнительного обследования больного:
 - I общеклинические методы;
 - II специальные методы;
 - III инструментальные методы.
- 4.Дать интерпретацию данных дополнительных методов исследования.
- 5.Обосновать клинический диагноз больного.
- 6.Составить план лечения больного.
- 7.Составить план профилактических мероприятий.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - хроническое, нередко *Helicobacter pylori* ассоциируемое, прогрессирующее заболевание, обусловленное нарушением моторики пищевода и желудка, периодическим длительным влиянием желудочного или дуоденального содержания на слизистую оболочку пищевода, а также нервно - трофическими и гуморальными нарушениями,

которые приводят к развитию воспалительно - дегенеративных поражений пищевода.

Патогенез ГЭРБ

1. Нарушение функции антирефлюксного барьера происходит при первичном снижении тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Тонус НПС может зависеть от таких факторов, как уровень микроциркуляции (он может снижаться в случае гипоксии), конституции (чем длиннее брюшной сегмент пищевода, тем меньший нужен его тонус для противодействия изменениям внутрибрюшного давления, а чем короче НПС, тем большее напряжение мышечных волокон нужно для поддержания физиологической способности пищеводно-желудочного антирефлюксного перехода).
2. Увеличение количества эпизодов спонтанной релаксации НПС. В возникновении этого фактора главную роль играет нарушение нервной регуляции тонуса и моторики нижнего пищеводного сфинктера. Тонус и моторику НПС могут уменьшать разнообразные вещества и продукты: жир, шоколад, кофе, секретин, холецистокинин (панкреозимин), α -адреномиметики, β -адреномиметики, холинолитики, спазмолитики, нитраты, блокаторы кальциевых каналов, теофиллин, допамин, кофеин, бензодиазепины, барбитураты, опиаты, алкоголь, мята перечная, томаты, цитрусовые. Снижение тонуса гладких мышц НПС наблюдается также при железодефицитной анемии, диабетической нейропатии, беременности, у людей с астенической конституцией и висцероптозом, при синдроме Гленара.
3. Полная или частичная анатомическая деструктуризация антирефлюксной функции НПС, которая приводит к нарушению структуры кардиальной части пищевода (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, склеродермия, выпрямление угла Гиса).
4. Дополнительные факторы патогенеза ГЭРБ: увеличение внутрижелудочного и внутрибрюшного давления (ожирение, метеоризм, беременность), замедленное опорожнение желудка (пилороспазм, пилоростеноз, гастростаз без стеноза при диабетической гастропатии и тому подобное), снижения клиренса пищевода (химического и объемного), за счет чего увеличивается длительность взаимодействия с рефлюксатом, повышение агрессивных свойств рефлюксата, который содержит соляную кислоту, пепсин, желчные кислоты, снижения защитных свойств эпителия слизистой оболочки пищевода (секреция слизи, гидрокарбонатов, простагландинов), доминирования факторов агрессии над факторами защиты слизистой оболочки пищевода, неспособность слизистой оболочки пищевода противодействовать агрессивному действию рефлюксата.

Воспаление, образование эрозий и язв слизистой оболочки пищевода сопровождаются усиленной репарацией эпителия и увеличением количества стволовых клеток. В условиях агрессивного pH, воспаление, гипоксии, нарушение микроциркуляции эти клетки могут дифференцироваться в цилиндрический эпителий, который является более стойким к влиянию факторов агрессии. Таким образом возникает метаплазия эпителия пищевода, который приводит к развитию пищевода Барретта.

Установлено, что эзофагит при ГЭРБ протекает тяжелее в инфицированных *Helicobacter pylori* (Hr). Особенности строения слизистой оболочки кардиального отдела желудка таковы, что Hr часто способствует воспалительному процессу в этом участке. Вместе с тем, в настоящее время нет убедительных доказательств, что Hr вызывает ГЭРБ.

Клиника ГЭРБ

Характерными типичными симптомами ГЭРБ являются изжога и отрыжка кислым. Изжога (особенно при физической нагрузке, наклонах, в лежащем положении, после еды) - это ощущение жжения за грудиной, которые иррадиируют вверх, по направлению к шее. Она появляется вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого ($\text{pH} < 4$) со слизистой оболочкой пищевода. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь скорее всего есть, если изжога возникает чаще, чем дважды в неделю, однако ГЭРБ нельзя исключить и тогда, когда этого симптома нет. Другими жалобами могут быть такие: регургитация, отрыжка кислым - (ощущение обратного тока желудочного содержимого с образованием кислого привкуса во рту) или горьким, дисфагия, загрудинная боль, боль в проекции мечевидного отростка. К внепищеводным проявлениям заболевания относятся: респираторные (кашель, одышка, приступ удушья, пароксизмальное ночное апноэ, ночные приступы бронхоспазма), отоларингологические (дисфония, фарингит, контактная гранулема, злокачественные поражения горла, прогрессирующий кариес), гастрические (слюнотечение, быстрое насыщение, тошнота, рвота, одинофагия, вздутие живота), кардиальные (боль

в грудной клетке, аритмии). Изменение изжоги на дисфагию у больного ГЭРБ считается опасным прогностическим признаком, который указывает на развитие стриктуры или малигнизации.

Исходя из современных подходов ГЭРБ следует относить к заболеваниям, при которых акцент делается не на инструментальную или лабораторную диагностику, а в первую очередь, на клинику.

При отсутствии тревожных симптомов у молодых пациентов (до 40 лет) при продолжительности изжоги до 5 лет, исходя из современных международных рекомендаций, ЭГДС не проводится и диагноз ГЭРБ должен быть предварительно выставлен пациенту на основании наличия типичных симптомов – изжога и/или регургитации.

- Тревожные симптомы, требующие при ГЭРБ обязательной эндоскопии.

-Дисфагия

-Одинофагия

-Потеря веса

- Желудочно-кишечное кровотечение

-Анемия

-Тошнота и рвота

Диагностика

1. Эзофагоскопия дает возможность определить наличие или отсутствие симптомов эзофагита (гиперемия, отечность слизистой оболочки, исчезновение контрастности Z-линии, снижение характерного блеска слизистой оболочки пищевода, появление эрозий пищевода). Поражения пищевода эпителия по большей части имеют продолговатую форму и сначала локализуются преимущественно на верхушках складок. В случае необходимости - для исключения рака и передраковых изменений пищевода - проводят биопсию и гистологическое исследование биоптатов. Показаниями до биопсии является эрозивное, стриктурное, пищевод Барретта, эзофагит нерефлюксной этиологии и тому подобное. При этом очень эффективным является применение хромоэндоскопии, которая дает возможность лучше обнаруживать участки, из которых необходимо брать биоптат. Также применяют эндоскопическое исследование с увеличением, позволяющее выявить мелкие патологические изменения, которые плохо обнаруживаются или не фиксируются во время обычной эндоскопии.

2. Внутрпищеводный суточный рН-мониторинг (введение в дистальные отделы пищевода рН-зонда), 48-часовой эзофаго-рН-мониторинг с помощью радиотелеметрической системы «Bravo». Патологическим считается гастроэзофагальный рефлюкс с количеством его эпизодов более чем 50 за сутки и когда суммарная длительность рефлюкса превышает 1 час при рН до 4,0 или он длится 4,2% времени при многочасовом (свыше 5 часов) мониторинге. Патологическим щелочным рефлюксом считается внутрпищеводный $\text{pH} > 7,0$. Рефлюкс длительностью менее 5 минут не считается патологическим.

3. Волоконно-оптический спектрофотометрический внутрпищеводный мониторинг билирубина (Bilitec-2000) - единственный достоверный метод диагностики дуоденогастроэзофагального рефлюкса.

4. Метод внутрпищеводной импедансметрии (исследование изменений электрического сопротивления интралюминального содержания пищевода) дает возможность регистрировать эпизоды рефлюкса независимо от рН рефлюксата.

5. Рентгеноскопия не дает возможность зафиксировать эпизоды рефлюкса. Наличие таких эпизодов не подтверждает, а их отсутствие не исключает ГЭРБ.

6. Для изучения моторики пищевода, функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера применяется эзофагоманометрия (баллонная кимография), при ГЭРБ регистрируется снижение его базального тонуса, увеличение количества его спонтанных релаксаций.

7. ИПП-тест, который предусматривает пробное эмпирическое лечение ингибиторами протонной помпы (ИПП) лиц с наличием изжоги в течение 7-14 дней. Если под воздействием такой терапии симптомы исчезают, диагностируется ГЭРБ. Данный метод целесообразнее использовать у больных молодого и среднего возраста и обязательно при отсутствии симптомов тревоги.

8. Тест кислотной перфузии Бернштейна (пищеводный провокационный тест). В основу исследования положена гиперчувствительность хеморецепторов слизистой пищевода больных на ГЭРБ к кислоте. Во время исследования в пищевод поочередно вводят равные объемы (60-80 мл со скоростью 6-8 мл за мин.) 0,1м раствора соляной кислоты и изотонического раствора хлорида натрия. Тест считается положительным, если во время введения кислоты у пациента возникают типичные болевые симптомы, которые исчезают (не рецидивируют) при введении в пищевод изотонического раствора.

9. Видеокапсульная эндоскопия, особенно для диагностики пищевода Барретта.

10. Тест на Нр.

Клиническая классификация ГЭРБ

По характеру эндоскопических изменений в пищеводе:

1. Эрозивная ГЭРБ (эндоскопически положительный вариант, ГЭРБ с эзофагитом).

Степень эзофагита определяется международной классификацией эндоскопической оценки (Лос-Анджелес, 1998):

- степень А: одно (или более) поражение менее чем 5 мм, ограниченное одной складкой слизистой оболочки пищевода.
- степень В: одно (или более) поражение слизистой оболочки более чем 5 мм, ограниченное одной складкой пищевода.
- степень С: одно (или более) поражение слизистой оболочки, которое распространяется на 2 складки (или более), но занимает менее чем $\frac{3}{4}$ кольца пищевода.
- степень D: одно (или более) поражение слизистой оболочки, которое занимает, более чем $\frac{3}{4}$ кольца пищевода.

Осложнение эрозивной ГЭРБ:

- пептическая язва;
- кровотечение;
- стриктура пищевода.

2. Неэрозивная ГЭРБ (эндоскопически отрицательный вариант, ГЭРБ без эзофагита).

3. Пищевод Барретта (кишечная метаплазия неполного типа в дистальном отделе пищевода):

А. короткий сегмент пищевода Барретта - смещение Z-линии проксимально от пищеводно-желудочного перехода и/или неровная Z-линия с «языками» цилиндрического эпителия менее чем 3 см;

В. длинный сегмент пищевода Барретта - смещение Z-линии проксимально от пищеводно-желудочного перехода и/или неровная Z-линия с «языками» цилиндрического эпителия более чем 3 см;

По характеру клинических проявлений:

1. Типичный рефлюксный синдром

2. Синдром загрудинной рефлюксной боли

3. Экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ:

С установленной причиной:

- хронический кашель
- рефлюкс-ларингит
- астма
- повреждение зубной эмали

С предвиденной связью:

- фарингит
- синусит
- рецидивирующий срединный отит
- идиопатический фиброз легких

4.Рефрактерная ГЭРБ

Алгоритм дифференциальной диагностики

Дифференциальная диагностика ГЭРБ проводится с целью доказать наличие данного заболевания, исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться подобными жалобами, а именно:

- ишемическую болезнь сердца, поскольку это заболевание требует немедленного лечения;
- инфекционный или медикаментозный (или вызванного действием различных раздражающих веществ) эзофагит
- язвенную болезнь ;
- диспепсию ;
- желчную колику ;
- нарушение моторики (двигательной активности) пищевода.

Дифференциальный диагноз

Заболевание	Стенокардия	ГЭРБ
Общее	Боль за грудиной	
Длительность боли	Кратковременная	Более длительная
Боль провоцируется	Физической нагрузкой, психоэмоциональным напряжением	Изменением положения тела (сильнее в горизонтальном положении, а слабее - в вертикальном)
Связь боли с употреблением пищи	Не характерно	Характерно
Эффект нитроглицерина	Положительный	Отрицательный
Эффект антацидов и щелочных минеральных вод	Отрицательный	Положительный
Одышка	Характерно	Не характерно
Диспепсические жалобы	Не характерны	Характерны (изжога, отрыжка)
Подтверждают диагноз исследования	Электрокардиографические, в первую очередь суточный мониторинг и при ЕКГ-дозированой физической нагрузке	Езофагоскопия, рН-мониторинг, рентгеноскопия, тест кислотной перфузии Бернштейна

Заболевание	Язвенная болезнь 12 п.к.	ГЭРБ
Общее	Боли в эпигастральной области	
Зависимость от положения тела	Не характерна	Характерна
Зависимость от приема еды	Улучшение	Ухудшение
Периодичность болей	Характерна	Не характерна

Физикальные обследования	Болезненность в пилородуоденальной зоне	Без особенностей
ФЭГДС	Дефект слизистой луковицы 12 п.к.	Возможны признаки эзофагита
Рентгеноскопия ЖКТ	Симптом «ниши», симптом «указательного пальца»	Стриктура, язва пищевода, недостаточность нижнего пищеводного сфинктера

Проявления со стороны систем организма, которые должны учитываться при установлении диагноза ГЭРБ

Пищеводные:	<ul style="list-style-type: none"> • изжога • регургитация , отрыжка (кислым , горьким или пищей) • тошнота • дисфагия или одинофагия • ощущение повышенного количества жидкости во рту • эпигастральные боли • нарушение сна , связанные с болью или изжогой
Кардиальные:	<ul style="list-style-type: none"> • эпигастральные боли в левой половине грудной клетки • нарушение сердечного ритма
Бронхолегочные:	<ul style="list-style-type: none"> • хронический кашель • рецидивирующие (аспирационные) пневмонии • бронхиальная астма («неаллергическая»)
Ларингофарингеальные:	<ul style="list-style-type: none"> • охриплость, ларингит, фарингит • риниты • боль, покраснение в горле
Стоматологические:	<ul style="list-style-type: none"> • кариес, поражение зубной эмали • дентальные эрозии • неприятный запах изо рта

Одним из методов дифференциальной диагностики , подтверждающие наличие кислотозависимого заболевания (ГЭРБ) являются положительные результаты проведения одного из тестов :

- с альгинатами / антацидами (однократный прием лекарственного средства содержащий альгинат или антацид в стандартной дозе ; если изжога исчезает или значительно уменьшается - тест положительный , этиология изжоги - рефлюкс ; если изжога сохраняется - тест отрицательный, этиология изжоги другая)
- ИПП -тест (пробное назначение ИПП в стандартной дозе в течение 7 дней).

Лечение ГЭРБ предусматривает: изменение образа жизни и пищевых привычек; фармакотерапию; оперативное лечение.

Общелечебные мероприятия:

- избежание горизонтального положения во время сна (поднятие головного конца кровати на 15 см);
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
- снижение массы тела;
- отказ от ношения корсетов, бандажей, тугих поясов, которые увеличивают внутрибрюшное давление;
- активная борьба с кашлем;
- исключение подъема более 8-10 кг;
- ограничение работ, связанных с наклоном туловища, с перенапряжением брюшных мышц.

Диетические рекомендации:

- рекомендуется 4-5-разовое регулярное питание небольшими порциями;
- исключение переедания;
- ограничение продуктов, которые снижают тонус пищеводного сфинктера (кофе, крепкий чай,

шоколад, мята, молоко, жирное мясо и рыба);

- избегание продуктов, которые раздражают слизистую оболочку пищевода (цитрусовые, лук, чеснок, томаты, жареные кушанья);
- ограничения продуктов, которые повышают внутрижелудочное давление, стимулируют кислотообразующую функцию желудка (пиво, шампанское, газированные минеральные воды, бобовые);
- желательно повышенное употребление белка, который, в отличие от жира, повышает тонус сфинктера.

Желательно исключить фармакологические средства, которые снижают тонус НПС (спазмолитические, холинолитические, адреномиметические, метилксантины, прогестерон, антидепрессанты, снотворные, опиаты, нитраты, антагонисты кальция, мяту), а также сами могут вызвать воспаление слизистой оболочки желудка и пищевода (нестероидные противовоспалительные препараты, доксациклин, хинидин).

Фармакотерапия ГЭРБ

Лекарственные средства (нумерация не влияет на порядок назначения):

1. Ингибиторы протонной помпы: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол;
2. Антагонисты H₂ - рецепторов гистамина: ранитидин, фамотидин;
3. Стимуляторы перистальтики: домперидон, мотилак, итиоприд;
4. Антациды: алюминия гидроксид + магния гидроксид, гидроксид или гидрокарбонат магния;
5. Альгинаты: натрия альгинат + натрия гидрокарбонат + кальция карбонат;
6. Препараты желчных кислот: кислота урсодезоксихолевая;
7. Антибактериальные препараты, применяемые для эрадикации *H. pylori*: амоксициллин, кларитромицин, метронидазол, тетрациклин, левофлоксацин;
8. Средства для лечения кислотозависимых заболеваний: висмута субцитрат;
9. энтеросорбенты: уголь медицинский активированный, диосмектит, гидрогель метилкремниевой кислоты.

1. Стандартом стартового лечения больных ГЭРБ является применение ИПП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол). В лечении ГЭРБ применяют так называемое правило Белла: для эффективного устранения симптомов ГЭРБ и лечение воспалительно-эрозивных изменений пищевода необходимо поддерживать уровень pH в пищеводе выше 4,0 в течение 16 часов (не менее) в сутки. Основной курс терапии ГЭРБ (в стандартных дозах ИПП) составляет не менее 4-8 недель в дозах: для омепразола - 20 миллиграмм 2 р/д, лансопразола - 30 миллиграмм 2 р/д, пантопразола - 40 миллиграмм 1 р/д, эзомепразола - 40 миллиграмм 1 р/д, рабепразола - 20 миллиграмм 1 р/д, хотя могут применяться и другие, индивидуально подобранные дозы ИПП. При необходимости (рецидив или его угроза) срок лечения может быть увеличен с последующим назначением ИПП «по потребности» (on demand терапия).

2. Блокаторы H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин, «Низатидин») сегодня в лечении ГЭРБ практически не применяют. Комбинированное применение блокаторов H₂-рецепторов гистамина и ингибиторов H⁺/K⁺-АТФазы может быть оправдано при наличии патологического ночного гастроэзофагеального рефлюкса, резистентного к монотерапии ИПП.

3. Прокинетики - фармакологические препараты, которые на разных уровнях и с помощью разных механизмов изменяют пропульсивную активность пищеварительного тракта и ускоряют транзит пищевого комка по нему (метоклопрамид («Церукал»), домперидон («Мотилиум»). Прокинетики показаны при сопутствующем дуоденогастральном рефлюксе для устранения попадания желчи в пищевод, при грыже пищевода отверстия диафрагмы, обнаруженной недостаточности кардиальной розетки, внепищеводных проявлениях ГЭРБ, а также при наличии функциональной диспепсии.

4. Антациды создают защитный слой из соединений алюминия гидроксида или кремния, который является непроницаемым для водородных ионов и пепсина на поверхности слизистой оболочки. Используют антациды, которые не всасываются, I (фосфалюгель), II (маалокс, мегалак) и III (топалкан, топаал) поколений. Преимущество предоставляется антацидам III поколения (алюминиево-магниевые с алгиновой кислотой). За счет пенообразования увеличивается часовая экспозиция препарата и обеспечивается флотация антацида над желудочным содержимым. Во время рефлюкса легкая фаза

препарата, попадая первой в пищевод, создает нужное рН. В лечении ГЭРБ антациды назначают 3-4 раза в сутки в течение 1-2 недель через 1-1,5 часа после еды на высоте гастроэзофагального рефлюкса или в виде лечения «по потребности».

5. Для повышения защитных свойств слизистой оболочки пищевода рекомендуют использовать сукральфат («Вентер») по 1,0 грамму 3 раза в сутки, а также перед сном. Доказано, что он ускоряет заживление эрозий слизистой оболочки пищевода и предотвращает рецидивы болезни.

6. По данным международного консенсуса Маастрихт-3 в 2005 г., установлена положительная роль эрадикации *Нр* при ГЭРБ.

7. При наличии дуоденогастроэзофагального рефлюкса многие авторы также рекомендуют использовать урсодезоксихолевую кислоту (урсофальк, урсосан, урсохол) в течение длительного времени в небольших дозах (обычно 1 капсула в сутки).

8. Если ГЭРБ возникла на фоне психоземotionalных расстройств, вместо прокинетики рекомендуют назначать сульпирид (эглонил) в суточной дозе 100-200 мг/сут, который также обладает незначительной прокинетической активностью, но по большей части устраняет или уменьшает невротичные и депрессивные расстройства.

Хирургическое антирефлюксное лечение.

Показания:

- наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- протяженность НПС менее чем 3 см с преимущественно грудным его расположением;
- гипо-, акинетический тип нарушения моторики пищевода;
- наличие внепищеводных симптомов заболевания.

Более эффективной считается фундопликация по Ниссену, однако и этот метод лечения гастроэзофагальной рефлюксной болезни не гарантирует выздоровления. В последнее время в мире широко применяют лапароскопическую фундопликацию, преимущество которой заключается в отсутствии разреза и быстрому возобновлению здоровья больных после операции.

Пациенты из ГЭРБ могут направляться на санаторное лечение в местности с натуральными гидрокарбонатно-натриевыми минеральными водами (Поляна Квасова, Моршин, Мизунь).

Профилактика. Цель вторичной профилактики ГЭРБ: снижение частоты рецидивов, предотвращение прогрессирования заболевания и ее осложнений.

Вторичная профилактика гастроэзофагальной рефлюксной болезни предусматривает такие мероприятия: диспансерное наблюдение за всеми больными ГЭРБ с эзофагитом; использование терапии «по требованию» для профилактики обострений; своевременная адекватная антисекреторная и антирефлюксная фармакотерапия в случае обострения ГЭРБ; предотвращение развития пищевода Барретта; предотвращение развития рака при пищеводе Барретта; своевременное хирургическое лечение. Критерием успешной вторичной профилактики является уменьшение частоты обострений болезни, отсутствие прогрессирования и развития осложнений эзофагита, а также снижение степени его тяжести.

Современные подходы к диагностике и лечению пищевода Барретта (ПБ)

ПБ- заболевание, при котором нормальный плоский эпителий выстилающий дистальный отдел пищевода, подвергается метаплазии в цилиндрический железистый эпителий кишечного типа. ПБ рассматривается как осложнение длительно протекающей ГЭРБ, возникающее вследствие продолжительного действия повреждающих факторов (кислота, желчь) на слизистую оболочку пищевода и пролиферации ее подслизистых желез.

ПБ является облигатным предраком пищевода. Диагноз ставится на основании данных верхней эндоскопии с биопсией и последующего гистологического исследования, подтверждающего наличие в биоптатах специализированной кишечной метаплазии. Лечение и ведение больных с ПБ включает в себя длительную антисекреторную терапию с помощью ИПП, эндоскопическое наблюдение с биопсией, мультиполярная электрокоагуляция измененной слизистой, лазерная деструкция и коагуляция аргонной плазмой, эндоскопическая резекция слизистой в комбинации с высокими дозами антисекреторных средств, резекцию пищевода.

Дисфагия

Содержание темы

Дисфагия рассматривается как затруднение у какого – либо лица в начале глотания (обычно определяется как ротоглоточная дисфагия), либо как ощущение наличия препятствия прохождению пищи или жидкости от рта до желудка (обычно определяется как пищеводная дисфагия).

Дисфагия таким образом является ощущением наличия препятствия нормальному прохождению проглатываемой пищи. Заключение о локализации дисфагии должно быть сделано на основании жалоб пациента; поражение будет находиться либо в том месте, на которое указывает по своим ощущениям пациент, либо ниже указанной локализации. Одинаково важно выяснить после принятия какой пищи (твердой, жидкой или той и другой) возникает дисфагия, является она постоянной или перемежающейся. Важным также является определение продолжительности симптомов. Хотя они часто могут возникнуть вместе, важно исключить одинофагию (болезненное проглатывание). И наконец, основанная на выявлении и анализе симптомов дифференциальная диагностика должна исключить наличие Globus hystericus. (ощущение комка в глотке), сдавления грудной клетки, затрудненного дыхания и фагофобии (боязни глотания).

Главные пункты для рассмотрения в истории болезни:

- Локализация
- Характер пищи и / или жидкости
- Постоянность или прерывистость симптомов
- Длительность возникновения симптомов

Ротоглоточная дисфагия – главные проявления может также быть названа ‘ высокой ‘ дисфагией, если она имеет отношение к полости рта или глотке. Пациенты имеют затруднение в начале глотания и они обычно указывают на шейную область, как на локализацию этого затруднения.

Следующие сопутствующие симптомы :

- Трудности в начале глотания
- Носовая регургитация
- Кашель
- Носовая речь
- Ослабленный кашлевой рефлекс
- Приступ удушья
- Дизартрия или диплопия (могут сопровождать неврологические нарушения, которые вызывают ротоглоточную дисфагию)
- Дурной запах изо рта может иметься у пациентов с содержащими остаточные пищевые массы большим дивертикулом Ценкера, а также с прогрессирующей ахалазией или длительно существующей обструкцией просвета, приводящей к скоплению разлагающейся пищи.

Точный диагноз может быть установлен после того, как выяснены неврологические нарушения, сопровождающие ротоглоточную дисфагию, это могут быть:

- Гемипарез, возникший вследствие перенесенного ОНМК
- Птоз век
- Признаки миастении беременных (слабость к концу дня)
- Болезнь Паркинсона
- Другие неврологические заболевания, включая шейную дистонию, шейный гиперостоз, порок развития Арнольда – Киари (смещение головного мозга в каудальном направлении и ущемление его в большом затылочном отверстии)
- Выявление специфического уменьшения количества мозговых нервов, участвующих в регуляции глотания, может также способствовать точному определению причины ротоглоточных нарушений при постановке диагноза.

Пищеводная дисфагия – главные проявления может быть названа ‘ нижней ‘ дисфагией, так как она

преимущественно локализуется в дистальном отделе пищевода, хотя и необходимо отметить, что некоторые пациенты с пищеводной дисфагией, такой как ахалазия, могут жаловаться на затруднения глотания в шейном отделе пищевода, что имитирует ротоглоточную дисфагию.

- Дисфагия, которая возникает в равной степени как после принятия твердой, так и жидкой пищи, часто вызывает подозрение на наличие двигательных расстройств пищевода. Такое подозрение усиливается в тех случаях, когда интермиттирующая дисфагия при приеме как твердой так и жидкой пищи сопровождается болями в груди.
- Дисфагия, которая проявляется только при приеме твердой, но никогда жидкой пищи, предполагает возможность механической обструкции со стенозом просвета < 15 мм. В случае прогрессирования заболевания необходимо принять во внимание возможность развития пептической стриктуры или карциномы. При этом следует иметь в виду, что у пациентов с пептической стриктурой имеется длительная изжога, но никогда не бывает потери веса. В противоположность этому, пациенты с раком пищевода – это люди старшего возраста с выраженной потерей веса. Физическое обследование пациентов с пищеводной дисфагией ограниченную ценность, хотя шейная / супраклавикулярная лимфаденопатия может быть выявлена у пациентов с раком пищевода. Кроме того, у некоторых пациентов со склеродермией и вторичными пептическими стриктурами может иметь место CREST–синдром (кальциноз, болезнь Рейно, склеродактилия, наличие телеангиоэктазий). Запах изо рта может навести на мысль о наличии ахалазии или длительно существующей обструкции с накоплением медленно разлагающихся остатков пищи в просвете пищевода.

Причины

Для того, чтобы установить этиологию дисфагии полезно следовать той классификации, которая предназначена для оценки симптомов, т.е. той классификации, которая позволяет выявить отличия между заболеваниями, наиболее часто поражающими глотку и проксимальный отдел пищевода (ротоглоточная или заболевания, которые чаще всего поражают тело пищевода и пищеводножелудочное соединение (пищеводная или ‘нижняя’ дисфагия)). Однако, следует иметь в виду тот факт, что многие расстройства частично совпадают и они могут быть причиной как ротоглоточной, так и пищеводной дисфагии. Тщательное изучение истории болезни, включающее оценку проводимого лечения, очень важно, поскольку лекарственные препараты могут быть вовлечены в патогенез дисфагии.

Ротоглоточная дисфагия

У молодых пациентов ротоглоточная дисфагия чаще всего возникает вследствие воспалительных заболеваний мышц, наличия мембран и кольцевидных образований. У людей старшего возраста причиной этого вида дисфагии чаще всего бывают расстройства центральной нервной системы, включая инсульт, болезнь Паркинсона и деменцию. Как правило необходимо провести дифференцировку между механическими проблемами и нарушениями нейромышечной сократимости, как указано ниже.

Механические и обструктивные причины

- Инфекции (в том числе ретроперитонеальные абсцессы)
- Тиреомегалия
- Лимфаденопатия
- Дивертикул Ценкера (при наличии маленького дивертикула причиной может служить дисфункция верхнего пищеводного сфинктера)
- Снижение растяжимости мышц (миозит, фиброз)
- Злокачественное поражение головы и шеи
- Шейные остеофиты (редко)
- Ротоглоточная малигнизация и неоплазмы (редко)

Нейромышечные расстройства

- Заболевания центральной нервной системы, такие как инсульт
- Конtrakтильные расстройства, такие как крикофарингеальный спазм (дисфункция верхнего пищеводного сфинктера) или миастения беременных, окулофарингеальная мышечная дистрофия и др. Постинсультная дисфагия выявляется почти в 50% случаев. Тяжесть

дисфагии тесно коррелирует с тяжестью инсульта. У 50% пациентов с болезнью Паркинсона проявляется ряд симптомов, согласующихся с ротоглоточной дисфагией и почти у 95% нарушения выявляются при проведении видео – эзофагографии. Клинически выраженная дисфагия может выявиться на ранних стадиях болезни Паркинсона, но гораздо чаще – на поздних.

Другие причины

- Неправильное расположение зубов
- Язвы полости рта
- Ксеростомия
- Длительное применение пенициллина

Пищеводная дисфагия

Наиболее часто причиной дисфагии являются три типа причин:

- Поражение слизистой, которое приводит к сужению просвета вследствие воспаления, фиброза или роста опухоли Болезни средостения, которые приводят к обструкции пищевода путем прямой инвазии или посредством увеличения лимфатических узлов
- Нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода и его иннервацию, нарушающие перистальтику либо работу нижнего пищевого сфинктера, или то и другое.

Наиболее частые причины пищевой дисфагии

Инородные тела в просвете пищевода (обычно служат причиной острой дисфагии)

Поражение слизистой

- ГЭРБ (пептическая стриктура)
- Пищеводные кольца и ткани (сидеропеническая дисфагия или синдром Платмера – Винсона)
- Опухоли пищевода
- Поражения пищевода едкими веществами (проглатывание щелоча, лекарственный эзофагит , склеротерапия варикоза)
- Радиационные поражения
- Инфекционный эзофагит

Болезни средостения

- Опухоли (в том числе, рак легкого, лимфома)
- Инфекции (в том числе, туберкулез, гистоплазмоз)
- Сердечно - сосудистые заболевания (дилатация предсердия, давление сосуда)

Заболевания , поражающие гладкую мускулатуру и ее иннервацию

- Ахалазия
- Склеродермия
- Другие двигательные нарушения
- Состояние после хирургических операций (после фундопликации, антирефлюксных операций, имплантации механических устройств)

Диагностика и методы лечения пищевой дисфагии

История болезни должна быть рассмотрена прежде всего.

Главная задача в случае пищевой дисфагии – исключить злокачественный процесс.

История развития заболевания может дать ключи в этом отношении, злокачественность можно предположить, если:

- Продолжительность заболевания короткая (< 4 месяцев)
- Болезнь прогрессирует
- Дисфагия проявляется больше при принятии твердой, а не жидкой пищи

-Имеется потеря веса

В большей степени возможна ахалазия , если :

- Дисфагия имеет место как после принятия твердой, так и жидкой пищи
- Проблема существует много лет
- Отсутствует потеря веса

В отношении выбора диагностических тестов имеются некоторые разногласия , которые касаются выбора первоочередного метода обследования – либо эндоскопии, либо глотание бария.

Барий – контрастная эзофагограмма (глотание бария) Бариевая эзофагограмма - проводится в положении лежа на правом боку – позволяет выявить нерегулярности просвета пищевода и идентифицировать участки обструкции, места поражения тканей и колец. Исследование с помощью бария ротоглотки и пищевода в период проглатывания является наиболее приемлимым начальным тестом; оно может оказаться полезным для выявления ахалазии и диффузного спазма пищевода, хотя эта патология более точно может быть диагностирована с помощью манометрии. Такое исследование может быть проведено с помощью бариевой таблетки, которая позволяет выявить даже незначительные стриктуры. Исследование пищевода при проглатывании таблетки бария может также быть полезным у пациентов с дисфагией в тех случаях, когда результаты эндоскопии оказались негативными.

Эндоскопия проводится с помощью фиброоптического эндоскопа, проводимого через рот в желудок с детальной визуализацией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Процесс введения эндоскопа в полость желудка очень важен для исключения псевдоахалазии, связанной с опухолью пищевода - желудочного соединения. Ниже приводится алгоритм принятия решения.

Другие диагностические тесты

- Пищеводная манометрия. Этот диагностический метод менее доступен, чем рентгенологическое исследование с контрастом/исследование с барием и эндоскопия, однако может быть полезным в отдельных случаях. Метод основан на измерении давления в просвете пищевода с использованием твердой или гидравлической измерительной аппаратуры. Манометрия показана для применения в тех случаях, когда предполагается, что причина дисфагии пищевода не может быть выявлена ни с помощью рентгенологического исследования, ни при проведении эндоскопии, и была проведена адекватная анти – рефлюксная терапия (с излечением эзофагита, что выявляется при проведении эндоскопии). Тремя главными причинами дисфагии, которые можно выявить с помощью манометрии являются: ахалазия, склеродермия (неэффективная перистальтика пищевода) и спазм пищевода.
- Радионуклидная сцинтиграфия пищевода. Пациент проглатывает жидкость, содержащую радиоактивную метку (например, воду, смешанную с Технецием⁹⁹ и коллоидной серой) и затем производится измерение радиоактивности пищевода. У пациентов с нарушением сократимости пищевода типичным является замедление выхода радиоактивной метки из пищевода. Эта техника первоначально использовалась в исследовательских целях, но в настоящее время уже начинает использоваться в клинических целях в некоторых специализированных институтах.

Лечение

Ротоглоточная дисфагия

Существует несколько методов лечения ротоглоточной дисфагии, поскольку неврологические и нейромышечные расстройства, которые приводят к появлению дисфагии, крайне редко могут быть излечены с помощью лекарственных препаратов или хирургической операции. Заметными исключениями являются методы лечения болезни Паркинсона и миастении. Приемы лечения осложнений имеют очень большое значение. В этом отношении выявление риска аспирации является ключевым элементом при выборе метода лечения.

Питание и диета

Изменение диеты с переходом на мягкую пищу и выбор определенной позы при ее приеме оказываются полезными. Ротовое питание лучше других видов получения пищи, если оно возможно. Изменение консистенции пищи до густой жидкости и мягкая пища приведут к значительным изменениям. Внимание должно уделяться контролю пищи и потребностям питания (риск дегидратации). Добавление лимонной кислоты в пищу улучшает глотательные рефлексy возможно за

счет улучшения вкуса и стимуляции кислотой (13). Дополнительное назначение ингибитора ангиотензин – превращающего фактора для облегчения кашлевого рефлекса может также оказаться полезным .В случае наличия высокого риска аспирации или когда прием пищи через рот не обеспечивает адекватного питания должно быть рассмотрены альтернативные методы пищевой поддержки. Мягкая трубка для введения пищи с достаточным внутренним диаметром может быть проведена вниз под рентгеновским контролем. Питающая гастростома после инсульта уменьшает смертность и улучшает алиментарный статус в сравнении с ротожелудочным способом питания. Чрескожная эндоскопическая гастростомия позволяет провести гастростомическую трубку в желудок через чрескожный вход в брюшную полость под контролем эндоскописта и при возможности ее выполнения является более предпочтительной по сравнению с хирургической гастростомией. Вероятность того, что питающая трубка когда – то может быть удалена очень мала у больных пожилого возраста, страдающих двусторонним инсультом или у которых при первичном рентгеноскопическом исследовании имела место аспирация.

Хирургические методы лечения направлены на облегчение спастических случаев дисфагии, так крикофарингеальная миотомия может быть успешной почти в 60% случаев,однако эффективность ее применения остается спорной .С другой стороны,удаление механического препятствия, такого как большой, сдавливающий окружающие ткани дивертикул Ценкера, часто помогает.

Переобучение глотанию.

Различная техника глотательной терапии разрабатывается для того, чтобы облегчить нарушенное глотание. Она включает: укрепляющие упражнения, стимуляцию биологической обратной связи, термальную и вкусовую стимуляцию.

Пищеводная дисфагия

При диффузном спазме пищевода назначают нитраты, блокаторы кальциевых каналов или серийная дилатация или продольная миотомия.

Ахалазия-мягкая пища, антихолинэргики,дилатация, инъекция токсина ботулизма, блокаторы кальциевых каналов, миотомия Геллера.

Склеродермия-антирефлюксные препараты,системная лекарственная терапиясклеродермии.

ГЭРБ-антирефлюксные препараты (ингибиторы протонной помпы),фундопликация .

Пептическая стриктура

Пептическая стриктура обычна является результатом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), она может быть вызвана некоторыми лекарственными препаратами.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить:

- каустическую стриктуру после проглатывания разъедающего вещества
- стриктуру, вызванную лекарственным препаратом
- постоперационную стриктуру
- грибковую стриктуру

После подтверждающей эндоскопии в качестве метода выбора проводится дилатация, ее методика приводится ниже.

Пищеводные стриктуры должны быть дилитированы в энергичной манере с помощью эластичных бужей Савари или баллонами. Выбор типа дилатора должен основываться на опыте его использования в данном институте и опыте оператора, а также удобстве его применения, поскольку литературные данные не дают возможность выявить преимущество одного типа дилатора над другим.Если дилатация выполняется с помощью бужей, то диаметр первого бужа должен быть примерно равным выявленному диаметру стриктуры. Увеличение диаметра вводимых бужей осуществляют до того момента, пока сопротивление введению не достигнет величины при первом введении, после чего в течение одной процедуры дополнительно можно ввести еще два последующих бужа. Если же используется баллонный дилатор, то первоначальная дилатация должна быть ограничена диаметром не более 45F. Кажется, что степень начальной дилатации стриктуры не влияет ни на рецидив, ни на необходимость проведения повторной дилатации, поэтому концепция агрессивной дилатации для предотвращения рецидива находит слабую поддержку. Степень дилатации у каждого пациента должна базироваться на учете реакций пациента на проводимое лечение и на те трудности, которые возникают при проведении дилатации. Опыт показывает, что у большинства пациентов хорошее облегчение дисфагии достигается при диаметре между 40F и 45F.Стриктуры как правило не должны расширяться до диаметра сверх 60F.

Энергичная антирефлюксная терапия с использованием ингибиторов протонной помпы или фундопликации улучшает течение дисфагии и снижает необходимость в последующей дилатации пищевода у больных с пептическими стриктурами пищевода. У пациентов со стойким течением дисфагии или в случаях рецидива заболевания после впервые проведенных дилатации и антирефлюксной терапии, перед повторной дилатацией необходимо эндоскопически подтвердить излечение рефлюкс-эзофагита. В случае получения положительного эффекта лечения необходимость в проведении последующей дилатации решается эмпирически. Тех пациентов, у которых после дилатации наступило только кратковременное облегчение, можно обучить технике самобуживания. При наличии рефрактерных стриктур может быть рассмотрена попытка введения в стриктуры гормонов. В редких случаях при наличии истинных рефрактерных стриктур требуется проведение резекции пищевода и его реконструкции. В исключительных случаях при наличии доброкачественных стриктур может быть рекомендовано эндолюминальное протезирование (17). Риск перфорации составляет около 0.5%. В случаях явной перфорации обычно возникают показания к проведению хирургического лечения.

Медикаментозная терапия нитратами или блокаторами кальциевых каналов часто неэффективна или плохо переносится. Инъекции токсина ботулизма могут быть применены в качестве начальной терапии у пациентов с низким риском проведения хирургического лечения в тех случаях, когда имеется подозрение на то, что лекарственная терапия или буживание будут ими плохо переноситься. Инъекции токсина ботулизма являются безопасной процедурой, которая может индуцировать состояние ремиссии по крайней мере в течение 6 месяцев примерно у 2/3 больных ахалазией. Однако, большинство пациентов будет нуждаться в проведении повторных инъекций для поддержания ремиссии и только у 2/3 пациентов с ремиссией в 6 месяцев ремиссия продлится до 1 года, несмотря на повторные инъекции токсина. В тех случаях, когда такого рода лечение оказывается неэффективным, врач и пациент должны решить, насколько преимущества от применения пневматической дилатации или миотомии превосходят их риск у пожилых или ослабленных пациентов. Питающая гастростома является безопасной альтернативой пневматической дилатации и миотомии, но многие неврологически интактные пациенты считают жизнь с гастростомой неприемлемой.

ДИСПЕПСИЯ

1. Актуальность темы

Dyspepsia functionally (синонимы: неорганическая диспепсия, идиопатическая диспепсия, эссенциальная диспепсия, синдром раздраженного желудка, желудочная диспепсия (ЖД), неязвенная диспепсия).

Диспепсия - любая абдоминальная или ретростеральная боль, дискомфорт, изжога, тошнота, рвота или другие проявления, которые указывают на заинтересованность верхних отделов желудочно-кишечного тракта, четко не связанные с физической нагрузкой и другими заболеваниями и длются не меньше 4 недель.

ДИСПЕПСИЯ - наличие абдоминальной боли или дискомфорта в верхней части живота, которая может сопровождаться другими симптомами (тошнота, ощущение насыщения и переполнения) и быть или не быть связана с приемами пищи. При существовании таких признаков 3-х и больше месяцев может применяться термин «хроническая диспепсия».

Рекомендации OMGE (Всемирной гастроэнтерологической организации)

Многочисленными исследованиями, проведенными в странах Западной Европы и Северной Америки, доказано, что диспепсия является самым частым проявлением гастроэнтерологической патологии.

Она встречается приблизительно в 20-40 процентов взрослого населения развитых стран. Так, например, в Швеции диагноз «не язвенная диспепсия» является четвертым по частоте диагнозом, который устанавливается врачами общей практики при первичном осмотре. Социальная значимость данной проблемы состоит также в том, что неязвенной диспепсией значительно чаще страдают люди молодого возраста.

2. Конкретные цели.

Студент должен знать:

- Эпидемиологию, этиопатогенез и патоморфологию желудочной диспепсии;
- Объяснить роль H.pylori в возникновении гастродуоденальной патологии,

- Проанализировать механизмы возникновения разных вариантов желудочной диспепсии
- Трактовать основные клинические синдромы;
- Диагностические возможности дополнительных методов исследования: лабораторных, ФГС, рентгенологических, ультразвукового исследования, компьютерной томографии).
- Классификацию;
- Принципы дифференциального диагноза желудочной диспепсии с органической патологией;
- Современный подход к лечению функциональной диспепсии,
- Первичную и вторичную профилактику.
- Прогноз и трудоспособность,
- Показания и противопоказания, порядок направления на санаторно-курортное лечение.

3. Базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы.
(междисциплинарная интеграция)

№	Названия дисциплин предыдущих	Полученные навыки
1	Анатомия	Анатомические особенности строения желудка
2	Физиология	Физиологические особенности желудка
3	Патофизиология	Этиология и патогенез, патоморфология ЖД
4	Пропедевтика внутренних болезней	Симптоматология ЖД. Клинические варианты течения. Владение методами обследования больного с ЖД. Изменения результатов лабораторных и инструментальных исследований.
5	Фармакология	Принципы лечения ЖД, рецептура

4. Задачи для самостоятельной работы во время подготовки к занятию.

4.1 Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию.

№	Терминология	Определение
1	Dyspepsia	Dys- расстройство, pepsia - пищеварение
2	Дуодено-гастральный рефлюкс	Проникновение в полость желудка дуоденального содержимого
3	H. pylori	Спиралеобразная грамм-отрицательная бактерия, которая инфицирует разные участки желудка и 12-перстной кишки
4	Гастропарез	Замедленное переваривание пищи в желудке и его высвобождение
5	Хромозндоскопия желудка	Йодная окраска с помощью 3-5% раствора Люголя

4.2 Теоретические вопросы к занятию

1. Определение желудочной диспепсии.
2. Этиология и патогенез хронической ЖД
3. Основные клинические признаки ЖД
4. Классификация
5. Особенности клинического течения
- 6/.Диагностика
7. Дифференциальная диагностика
- 8/.Осложнения
- 9.Основные принципы диетотерапии
- 10.Дифференцированное лечение. Выпишите рецепты
- 11.Санаторно-курортное лечение, профилактика

12.Медико-социальная экспертиза, вопрос трудоустройства

4.3 Практические задачи, которые выполняются на занятии Студент должен уметь

- целеустремленно собрать жалобы и анамнез у больного;
- провести обследование, выявить и дать оценку изменениям в его состоянии;
- сформулировать предварительный диагноз
- составить план дополнительных обследований и оценить его результаты.
- дать оценку лабораторным и инструментальным методам исследования .
- составить схему дифференциального диагноза
- сформулировать , обосновать клинический диагноз согласно требованиям современной классификации
- составить план лечения в зависимости от варианта течения.
- назначить адекватное лечение на разных этапах реабилитации
- определить тактику решения вопросов медико-социальной экспертизы, трудоустройства, профилактики

Содержание темы

Этиология. Наиболее частой причиной возникновения функциональных заболеваний являются неврозы, которые развиваются преимущественно у лиц с аффективными расстройствами в прошлом, вызванные психическими травмами, конфликтными ситуациями, систематическим перенапряжением центральной нервной системы, вредными привычками (употребление алкоголя, курение). В последние годы обсуждается возможная связь симптомов с инфицированием слизистой оболочки желудка *H. pylori*. По некоторым наблюдениям функциональная диспепсия только в 28-40% сочетается с хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*. А вопрос о роли ее в развитии нарушений моторики желудка - противоречивым.

Патогенез.

В последние годы были уточнены и дополнены патогенетические особенности функциональных заболеваний органов пищеварения. При функциональной диспепсии ведущую патогенетическую роль в случае ее язвеподобного варианта играет не гиперсекреция соляной кислоты, как это предполагалось раньше, а увеличение времени контакта кислого содержимого желудочного сока со слизистой оболочкой желудка и двенадцатиперстной кишки, гиперчувствительность ее хеморецепторов с формированием неадекватного ответа. Диспепсические расстройства могут быть вызваны нервно-психическими стрессами (потеря работы, развод). Наибольшее значение в возникновении диспепсических расстройств у таких больных имеют нарушения моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которые наблюдаются у 75% пациентов. В обеспечении нормальной эвакуаторной функции желудка важное значение имеет антродуоденальная координация - синхронизация перистальтики антрального отдела желудка с открытием пилорического сфинктера (гастропарез, расстройства релаксации желудка, нарушение циклической активности желудка в межпищеварительном периоде, дуоденогастральный рефлюкс).

В основе синдрома диспепсии лежат разные виды нарушений гастродуоденальной моторики, такие как:

- послабление моторики антрального отдела желудка (гастропарез);
- желудочные дисритмии – расстройства ритма желудочной перистальтики (тахигастрия, антральная фибрилляция, брадигастрия);
- нарушение антропокардиальной и антродуоденальной координации;
-дуодено-гастральный рефлюкс;
- нарушение аккомодации желудка (способности проксимального отдела к расслаблению);
- повышенная чувствительность рецепторного аппарата стенок желудка к растяжению (висцеральная гиперчувствительность);
- инфекция *H. pylori* у лиц без видимых морфологических признаков гастрита (доказано, что *H. pylori* ослабляет моторику желудка, которая возникает при участии цитокинов - IL-11, IL-6, IL-8, TNF-α).

Классификация

Общепризнанной классификации функциональных расстройств нет. Чаще всего выделяют первичные и вторичные функциональные расстройства, последние надо рассматривать не как самостоятельные единицы, а как проявления основного органического заболевания, которые иногда могут быть его первыми симптомами. Вторичные функциональные расстройства органов пищеварения наблюдаются при многих заболеваниях:

- центральной и периферической нервной системы (энцефалит, гипоталамический синдром, опухоли мозга, радикулит);
- эндокринной системы и обмена веществ (гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет);
- аллергических недугах;
- заболеваниях сердца и сосудов (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь);
- психических заболеваниях (шизофрения, циклотимия).

К первичным функциональным заболеваниям органов пищеварения принадлежат такие:

- обусловленные невротами и невротоподобными состояниями, вегетативной дисфункцией, психическими заболеваниями;
- функциональные расстройства органов пищеварения с неустановленной этиологией.

ВИДЫ ДИСПЕПСИИ

Органическая (симптоматическая)	Функциональная (неязвенная)
Пептическая язва	Дисмоторная
Опухоли желудка	Рефлюксная
Рефлюкс-эзофагит	Язвopodobная
Панкреатит	Неопределенная (идиопатическая, смешанная)
Билиарная патология	
Диафрагмальная грыжа	Медикаментозная

Под понятием функциональная диспепсия (ФД) понимают наличие симптомов, которые появляются в гастродуоденальной зоне без любых органических, системных или метаболических нарушений, которые могли бы объяснить эти жалобы.

Функциональная диспепсия является диагнозом исключения. Существует правило, по которому диспепсия считается органической до тех пор, пока не доказано обратное.

Неязвенная диспепсия

Неязвенная диспепсия проявляется жалобами, характерными для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Но при неязвенной диспепсии при эндоскопическом исследовании и рентгенографии не находят признаков язвенной болезни.

Основные симптомы диспепсии:

- Изжога - ощущение жгучей боли за грудиной или в эпигастрии, которое распространяется снизу вверх.
 - Тошнота - ощущение приближения рвоты, временами с ощущением давления в эпигастрии.
 - Отрыжка - часто наблюдается при повышенном ощущении тревоги. Непосредственной причиной отрыжки является заглатывания воздуха (или аэрофагия), может сопровождаться увеличенным слюноотделением.
 - Неприятные ощущения (даже боль) в верхних отделах живота и нижних отделах грудной клетки.
 - Ощущение перенаполнения в желудке или тяжесть эпигастрия.
 - Метеоризм - ощущение распираания живота, которое вызвано чрезмерным газообразованием.
- Для функциональной диспепсии характерны три признака (Римские (II) диагностические критерии):
- Постоянная или рецидивирующая диспепсия (боль или дискомфорт, в эпигастрии по средней линии), продолжительность которой не меньше 12 недель за последние 12 месяцев (между обострениями могут быть светлые промежутки);
 - Отсутствие доказанного органического заболевания, подтвержденное анамнезом, эндоскопическим обследованием верхних отделов ЖКТ, УЗИ органов брюшной полости;

Поставить диагноз возможно только при исключении заболеваний с аналогичной клинической картиной, особенно так называемых «симптомов тревоги» (лихорадка, примеси крови в кале, анемия, ускоренная СОЭ, немотивированное похудение).

Клиническая картина

1. Общие неврологические проявления - бессонница, мигрень, раздраженность, плохое расположение духа.

2. Специальные (гастрические), которые зависят от варианта диспепсии:

Язвотподобный вариант: характеризуется периодическими болями в эпигастрии умеренной интенсивности, как правило, без иррадиации, возникают натощак (голодные боли) или ночью (ночные боли), проходят после употребления пищи и/или антацидов.

Дисморный вариант: Характеризуется ощущением раннего насыщения, тяжести, перенаполнение, вздутие в эпигастрии; ощущение дискомфорта после пищи; тошноту, временами рвоту; снижение аппетита.

Неспецифичный вариант: имеют место разные признаки, которые тяжело отнести к тому или другому варианту. Возможное объединение разных вариантов у одного больного.

Диагностика

Диагностические критерии функциональных гастродуоденальных расстройств (Римские критерии III, 2006 г.)

B1. Диагностические критерии* для ФД должны содержать:

1) один или больше из приведенных ниже критериев:

а) неприятное постпрандиальное переполнение;

б) быстрое перенасыщение;

в) эпигастральная боль;

г) эпигастральное жжение.

2) недостаток данных относительно органической патологии (в том числе результатов верхней эндоскопии), которые могли бы объяснить генез жалоб.

* Критерии отвечают требованиям, если жалобы "активные" на протяжении последних 3 мес от начала заболевания по меньшей мере 6 мес.

B1a. Диагностические критерии* для постпрандиального дистресс-синдрома должны содержать:

один или больше из приведенных ниже критериев:

1) неприятное постпрандиальное переполнение после приема обычного количества еды несколько раз в неделю;

2) быстрое перенасыщение, которое опережает окончание регулярного приема пищи несколько раз в неделю.

* Критерии отвечают требованиям, если жалобы "активные" на протяжении последних 3 мес от начала заболевания по меньшей мере 6 мес.

Подтверждающие критерии:

1) возможные вздутия живота в верхнем участке живота или постпрандиальная тошнота, или значительная отрыжка;

2) возможное сосуществование с ЕБС.

B1b. Диагностические критерии* для эпигастрального болевого синдрома должны содержать все из приведенных ниже критериев:

- 1)боль или ощущение жара в надбрюшном участке умеренного характера и появляется раз в неделю;
- 2)боль нерегулярная;
- 3)боль не генерализуется и не локализуется в других участках живота или грудной клетки;
- 4)боль не уменьшается после дефекации и отхождения газов;
- 5)не выполняются критерии для функциональных заболеваний желчного пузыря и сфинктера Одди.

•Критерии отвечают требованиям, если жалобы "активные" на протяжении последних 3 мес от начала заболевания по меньшей мере 6 мес.

• Подтверждающие критерии:

- 1)боль может иметь острый характер, но без ретростернального компонента;
- 2)чаще всего еда индуцирует или уменьшает боль, но боль может появиться и натощак;
- 3)возможное сосуществование с ПДС.

Обследование пациентов с неисследованной диспепсией.

Доказательная медицина предлагает 6-шаговую стратегию действий при первичном звене медпомощи, если диагностировали диспепсию впервые.

- 1.Собрать клинические доказательства того, что эти ощущения возникают в верхнем участке ЖКТ.
- 2.Исключить симптомы тревоги (непонятное похудение, повторная рвота, прогрессирующая дисфагия, гастроинтестинальное кровотечение), которые не часто встречаются в медицинской практике и не являются нечетким предиктором органического поражения, но в случае их провести дополнительное обследование во избежания серьезной патологии.
- 3.Не принимать аспирин или другие нестероидные противовоспалительные средства (НПЗС).
- 4.При наличии типичных симптомов рефлюкса надо прежде всего исключить ГЭРХ. Терапевт должен эмпирически назначить ингибитор протонной помпы (ИПП) пациенту, который жалуется на изжогу, но при этом принять во внимание, что эти лекарства могут быть менее эффективные при ФД без изжоги. Если проявления ПДС или ЕБС не уменьшаются на фоне адекватного лечения ИПП, заболевание навряд ли можно объяснить ГЭРХ.
- 5.Неинвазивное тестирование инфекции *H. pylori* и ее эрадикация (метод "test and treat") — экономически целесообразная стратегия, которая дает возможность уменьшить потребность в эндоскопиях. Эту стратегию можно предложить тем больным, которые не имеют симптомов тревоги.
- 6.Метод "test and treat", рекомендованный как стратегический, может способствовать излечению большинства больных с пептической болезнью и предотвратить развитие гастродуоденальной патологии в будущем, хотя большинство инфицированных пациентов с ФД не замечают улучшения самочувствия после успешной эрадикации. В таком случае следующим логическим шагом будет назначение ИПП.
- 7.Неотложная эндоскопия рекомендована пациентам с симптомами тревоги или людям возрасте старше 45 лет. *H. pylori* тестирование в процессе эндоскопии в "*H. pylori*-позитивных" пациентов не оправдывает соотношения "затрата-эффект". Большинство пациентов с *H. pylori*-негативными результатами тестирования нуждаются в проведении эндоскопии из-за симптомов тревоги или возраста.

При постановке диагноза функциональной диспепсии необходимо обязательно обращать внимание на наличие так называемых симптомов тревоги (alarm symptoms) или "красных флагов" (red flags), выявление которых исключает диагноз функциональной диспепсии и требует проведения тщательного диагностического поиска с целью выявления более серьезного органического заболевания.

Симптомами тревоги у больных с синдромом диспепсии являются: лихорадка; прогрессирующая дисфагия; гастроинтестинальное кровотечение; немотивированное похудение; анемия; лейкоцитоз; ускорение СОЭ; симптомы диспепсии, которые впервые возникли в возрасте старше 45 лет.

Наиболее эффективной диагностической методикой для проведения дифференциальной диагностики между ФД и другими органическими заболеваниями по правую считается эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС). Рекомендовано биопсию ввести в обязательную практику в процессе проведения эндоскопии и с целью диагностики инфекции *H. pylori*. Всем инфицированным

рекомендовано проводить эрадикацию *H. pylori*.

ОТБОР ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ.

Для обследования методом эндоскопии при первичном осмотре необходимо отбирать пациентов в возрасте старше 30 лет для мужчин и 45 лет для женщин и тех, у кого обнаружены тревожные признаки и симптомы или когда есть подозрение на серьезную органическую патологию.

Недавно было опубликовано исследование, проведенное в Каталонии, которое доказывает пользу применения анкеты для выявления пациентов группы риска. Тем, кто наберет 7 и более баллов по шкале признаков и симптомов, приведенной в таблице ниже, необходимо назначать эндоскопию.

Анкета для отбора пациентов, которым необходимо проводить эндоскопию

№ п/п	Признак или симптом	Баллы
1	Возраст старше 40 лет	1
2	Мужской пол	2
3	Избыточная масса тела (индекс массы тела > 25)	1
4	Привычный запор	1
5	Употребление алкоголя > 30 г/ день	1
6	Курение > 10 сигарет/ день	1
7	Применение НПВП > 2 доз/неделю	2
8	Эпизодическая боль в эпигастральной области	1
9	Болевые ощущения уменьшаются после приема пищи	2
10	Ощущение жжения в области желудка	2
11	Ежедневная изжога в области желудка	2
12	Умеренная или интенсивная изжога в области желудка	1

Рекомендуется проводить эндоскопию у больных с неисследованной диспепсией, с тревожными признаками и симптомами, или у тех, кто набрал количество баллов ≥ 7 по шкале отягчающих факторов.

Не рекомендуется проводить эндоскопию при первичном осмотре у следующих пациентов:

Пациенты моложе 45 лет, не проявляющих тревожных признаков и симптомов и у которых количество баллов по шкале признаков и симптомов не превышает.

У пациентов с ярко выраженными симптомами ГЭРБ – изжога и/или отрыжка кислым при отсутствии других сопутствующих симптомов (боль/дискомфорт в верхнем отделе живота, чувство тяжести и переполнения желудка, тошнота, рвота, дисфагия, боль при глотании).

Пациентам с предполагаемым диагнозом язвы двенадцатиперстной кишки, которым в течение последних 5 лет она была диагностирована с помощью эндоскопии и у которых не была устранена инфекция *H. Pylori*, у которых наблюдаются симптомы, похожие на прежние, и у которых отсутствуют тревожные признаки и симптомы. Вероятность того, что речь идет об обострении язвенного процесса настолько велика, что можно непосредственно приступить к эмпирическому лечению.

Определение наличия инфекции *H. Pylori*

Инфекцию *H. Pylori* можно обнаружить с помощью инвазивных и неинвазивных методов.

Инвазивные методы: Для осуществления инвазивных исследований необходима эндоскопия:

☐ Гистологическое исследование. Имеет высокие показатели чувствительности и специфичности. Требуется взятие биопсии. В случае атрофического гастрита могут понадобиться многочисленные образцы для установления диагноза.

☐ Быстрый уреазный тест. Простой метод, который имеет высокие показатели чувствительности и специфичности. В настоящее время считается тестом выбора для диагностики инфекции *H. pylori* у тех пациентов, которым проводится эндоскопия, за исключением тех случаев, когда есть подозрение на кровоточащую язву. При таком подозрении чувствительность снижается и, если результат отрицательный, нужно подтвердить его неинвазивными методами (С-мочевинный дыхательный тест).

☐ Посев. Высоко специфичный метод, но его чувствительность очень изменчива. Это сложная и трудоемкая методика, и поэтому она не считается общепринятой. Тем не менее, она может быть полезной при исследовании чувствительности (резистентности) микроорганизмов к антибиотикам.

Неинвазивные методы:

- Для их выполнения не нужно проводить эндоскопию.
- 13С-мочевинный дыхательный тест с помощью углерода-13. Имеет высокие показатели точности и специфичности. Показал себя более чувствительным, чем быстрый уреазный тест и гистологическое исследование. Это общепринятый анализ для тех пациентов, которым не показана эндоскопия.
- Серология. Приемлемость ее чувствительности и специфичности показана в Каталонии. Метод заключается в выявлении в крови специфического иммуноглобулина G (Ig G). Метод не подходит для подтверждения иррадикации инфекции *H. Pylori*. Эта методика имеет высокую чувствительность, но низкую специфичность. В метаанализе продемонстрировано, что есть небольшие различия чувствительности и специфичности различных коммерческих препаратов, поэтому следует использовать только тесты, опробованные в той популяции, где они будут применяться.
- Выявление антигенов в кале. Данная методика заключается в выявлении антигенов *H. Pylori* в кале пациента. Для предварительной диагностики наличия *H. pylori* у пациентов рекомендуется провести С-мочевинный дыхательный тест или каловый антигенный тест. Применение менее точных серологических тестов в клинических условиях также возможно в рамках стратегии, предусматривающей неинвазивное тестирование и лечение. Для определения эффективности иррадикации бактерии *H. pylori* рекомендуется провести С-мочевинный дыхательный тест. С-мочевинный дыхательный тест не рекомендуется проводить в течение двух недель после применения ИПП, а также в течение четырех недель после антибиотикотерапии, потому что существует вероятность получения ложно отрицательных результатов.

Согласно Римским критериям III (2006 г.) ультрасонография, рентгенологическое исследование гастродуоденальной зоны, сцинтиграфия не рекомендованные в качестве обязательного исследования, так как их результаты не влияют на лечение пациента. Противоречивые данные получены во время проведения корреляции между жалобами и результатами исследований функции желудка с помощью баростата и электрогастрографии. Поэтому ни один из этих методов не рекомендуют как обязательное клиническое исследование.

У пациентов с продолжительной и стойкой симптоматикой необходимо исключить депрессию, включая скрытую (соматическую), а также пищевую непереносимость.

Физикальные методы исследования

- опрос – выявление диспепсических жалоб, указание в анамнезе жизни на наличие психотравмирующих ситуаций, вредных привычек;
- осмотр – существенного диагностического значения не имеет.

Лабораторные обследования

Обязательные:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- сахар крови;
- анализ кала на скрытую кровь.

При наличии показаний:

- коагулограмма;
- уровень железа в сыворотке крови.

Инструментальные и другие методы диагностики

Обязательные:

- ЭГДС желудка и ДПК – для исключения рефлюкс-эзофагита, ЯБ, опухоли желудка;
- УЗИ органов пищеварения – для исключения панкреатита и ЖКБ;
- индикация *H. pylori* – для проведения эрадикационной терапии;
- ЭКГ.

При наличии показаний:

- хромоэндоскопия желудка – для исключения дисплазии слизистой оболочки пищевода и желудка;
- рентгеноскопия желудка и ДПК – для исключения органических поражений последних, выявление гастропареза;
- интрагастральная рН-метрия пищевода и желудка – для исключения ГЭРХ;
- биопсия слизистой оболочки желудка – для уточнения диагноза.

Консультации специалистов.

Обязательные:

- невропатолога – с целью назначения этиопатогенетической терапии;
- физиотерапевта – для выбора необходимого физиотерапевтического лечения.

При наличии показаний:

- психиатра.

Дифференциальный диагноз

Выявление у пациента «симптомов тревоги» или «красных флагов», к которым принадлежат: дисфагия, рвота с примесью крови, лихорадка, немотивированное похудение, анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, ставит под сомнение диагноз функциональной диспепсии.

Диагноз функционального заболевания органов пищеварения основывается не столько на наличии расстройства деятельности этих органов, сколько на исключении их органических заболеваний. Для функциональных заболеваний характерны волнообразное течение, уменьшение количества жалоб и даже исчезновение их во время отдыха, наличие той или другой формы невроза, вегетативной дисфункции, гипоталамических реакций, которые оказываются часто жалобами при нарушении функции органов пищеварения: желудочно-пищеводный рефлюкс, спазм пищевода, анорексия, рвота, икота, громкая отрыжка воздухом, боль в животе.

Нервно-психическая анорексия. Среди больных преобладают лица женского пола в возрасте 12-25 лет. У девушек возникает "страх тучности", желание похудеть. Они начинают резко ограничивать прием пищи, или потребляют нормальное количество пищи, но при этом они искусственно вызывают рвоту или ставят клизму - это приводит к уменьшению массы тела на 25% и больше. Для установления диагноза необходимо исключить органические заболевания, которые служат причиной потери аппетита и значительное уменьшение массы тела (злокачественные опухоли, хроническую почечную недостаточность, болезнь Симмондса - гипоталамо-гипофизарную кахексию).

Рефлюксная болезнь - результат первичного нарушения функции дистального сфинктера пищевода, вследствие чего возникает частое забрасывание желудочного содержимого в пищевод, который приводит к возникновению эзофагита и других патологических изменений.

От рефлюксной болезни следует отличать вторичный патологический желудочно-пищеводный рефлюкс, который наблюдается при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы, язвенной болезни, после операций на желудке при раке пищевода, склеродермии.

Рефлюксная болезнь чаще наблюдается у людей среднего и преклонного возраста. Возникновению заболевания оказывают содействие: функциональная недостаточность нижнего сфинктера пищевода, которая обусловлена как уменьшением уровня пептидных гормонов в крови (особенно гастрина, мотилина, холецистокинина), так и недостаточной реакцией, а также повышением внутрибрюшного давления (при запоре, метеоризме), замедление эвакуации желудочного содержимого, наличие дуоденогастрального рефлюкса. При нем наблюдаются изжога, острая боль в гортани, отрыжка воздухом или пищей, ощущение сжимания, боли за грудиной, тошнота, дисфагия. Эти симптомы чаще возникают в положении лежа, усиливаются при переедании, употреблении жирных, сладких кушаний, спиртных напитков, резком изгибании, ношении тесной одежды.

Основное значение для дифференциальной диагностики приобретают рентгенологическое и эндоскопическое исследования для выявления органических заболеваний, а также осложнений (стриктуры пищевода, рак).

Аэрофагия (нервная отрыжка, желудочный пневматоз) возникает при заглатывании чрезмерного количества воздуха во время употребления пищи. Чрезмерное проглатывание воздуха возможно в случае повышенного образования слюны. Этому оказывают содействие икота, потребление пищи без прожевывания, чавканье, питье через соломинку, жевание резинки, курение папирос, сухость во рту, которая наблюдается при дыхании ртом, волнение, лечение холинолитическими средствами.

Проникновение воздуха в желудок способствует нарушению функции сфинктера дистального отдела пищевода, кардиального отверстия желудка, который чаще всего возникает при желудочно-пищеводном рефлюксе, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, алкоголизме.

Проглатывание чрезмерного количества воздуха и продолжительная отрыжка приводят к растягиванию сфинктера пищевода, его постепенному послаблению, которое приводит к усилению или даже возникновению рефлюкса, а со временем и диафрагмальной грыжи. К основным симптомам аэрофагии относят: отсутствие давления в верхней части живота и громкая отрыжка воздухом, которая

возникает или самостоятельно после потребления пищи, или ее вызывает больной, чтобы лишиться желудочного дискомфорта. Вследствие поступления в желудок большого количества воздуха газовый пузырь его увеличивается в 2-3 раза, что служит причиной высокого стояния купола диафрагмы, при этом могут появиться икота, колющая или жгучая боль в левом подреберье, которая распространяется в область сердца, а также сердцебиение, экстрасистолия. При рентгенологическом исследовании устанавливают существование большого газового пузыря желудка, часто функциональный его каскад. Синдром раздраженного желудка (функциональное расстройство желудка, невроз желудка) характеризуется наличием желудочной диспепсии или болезненности в участке желудка без анатомических изменений в слизистой оболочке (15-43% больных с желудочными жалобами). Возникновение его обуславливается резкими изменениями условий жизни и питания, нервно-психическим перенапряжением, неврозом, курением, злоупотреблением алкоголем. Больные жалуются на боль в надчревной области, чаще тупая, не связанная с приемом пищи. Относительно часто наблюдается рвота кислым содержимым или небольшим количеством пищи. Самыми характерными проявлениями являются резкие колебания количества и кислотности желудочного сока, выявленные при повторных исследованиях через несколько месяцев и даже недель. Эвакуаторная функция желудка может быть как замедленной, так и ускоренной. Функциональный демпинг-синдром наблюдается у не оперированных больных и лиц без каких либо органических заболеваний желудка. Выделяют ранний вариант - через 10-20 мин. после приема пищи, особенно содержащей большое количество легкоусвояемых углеводов, проявляется симптомами присущей гипергликемии (слабость, головокружение, ощущение жара, гиперемия лица, горячий пот, сердцебиение, выделение густой слюны, боль в животе). Поздний вариант - через несколько часов после пищи. Функциональный демпинг-синдром вызывается ускоренным поступлением пищи в кишечник под влиянием психогенных факторов, который ведет к усиленному образованию ряда интестинальных гормонов, увеличение всасывания глюкозы.

ДИСПЕПСИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПРИМЕНЕНИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

НПВС, препараты, которые реализуются путем свободной продажи, являются фармакологическими агентами, которые широко применяются для уменьшения болевого синдрома или воспаления (чаще всего при артрозах). Другая область применения НПВС – уменьшение агрегации тромбоцитов для профилактики тромбозов (при высоком риске тромбозов и тромбоэмболий) в системе коронарных и церебральных сосудов, которые реализуется путем подавления системы простагландинов. Простагландины являются важным звеном системы, которая отвечает за сохранение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта в нормальном состоянии (то есть ее целостности). НПВС подавляют ферменты циклооксигеназы (ЦОГ), которые осуществляют процесс превращения арахидоновой кислоты в простагландины. Существует две изоформы ЦОГ: ЦОГ-1, которая отвечает за поддержание целостности слизистых оболочек ЖКТ; и ЦОГ-2 – индуцирует и реализует процесс воспаления. Анальгезирующий и противовоспалительный эффект НПВС связан с ингибированием ЦОГ - 2. Действие ферментов ЦОГ на тромбоциты реализуется через ЦОГ-1. Большинство НПВС (включая аспирин) вызывают подавление обоих изоферментов ЦОГ-1 и ЦОГ-2. В середине 1990-х годов значительно распространились такие препараты, как блокаторы ЦОГ-2, которые имеют менее выраженное побочное влияние на слизистую оболочку ЖКТ по сравнению с другими НПВС. Противовоспалительное и анальгезирующее действие НПВП реализуется через системное воздействие на очаг воспаления. Высокая концентрация в точке действия препарата достигается даже при пероральном применении лекарств. У пациентов существует риск развития побочных эффектов при любом из способов введения лекарств – пероральном, парентеральном и ректальном. Уровень простагландинов в слизистой оболочке желудка снижается на 60% при употреблении аспирина в дозе 10 мг/сутки. Язвы, индуцированные НПВП, могут иметь место как на фоне нормальной слизистой оболочки ЖКТ, так и развиваться на фоне эрозий и геморрагий. Для сравнения, язвы, вызванные Н. Ролог, развиваются на фоне острого и хронического воспаления слизистой оболочки ЖКТ, вызванного наличием микроорганизмов. НПВС-индуцированные язвы чаще локализуются в желудке, чем в двенадцатиперстной кишке и характеризуются более длительным бессимптомным течением.

- Применение НПВС связано с их действием на слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта: желудок > двенадцатиперстная кишка > дистальные отделы тонкого кишечника.
- Гастроинтестинальные поражения НПВС является системным эффектом и проявляются независимо от пути введения лекарств – перорального, парентерального или ректального.
- Индуцированные НПВП осложнения (геморрагии, ulcerация, перфорация) могут проявиться у части пациентов с бессимптомным течением заболевания. Эффективность и токсичность НПВП очень отличаются у разных препаратов (токсическое и противовоспалительное дозы).
- Стратегии, которые предусматривают подбор препаратов и протекторную терапию, могут способствовать снижению риска развития побочных эффектов НПВС.
- Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты вызывают угнетение простагландинов слизистой оболочки желудка даже в случае их применения с кишечнорастворимой оболочкой.
- Блокаторы ЦОГ-2 теряют свои свойства, если назначаются в комбинации с аспирином.
- Хотя блокаторы ЦОГ-2 имеют менее выраженную гастроинтестинальное побочное действие, чем другие НПВС, их действие на слизистую оболочку является подобной.
- Сочетанное назначение блокаторов ЦОГ-2 и ИПП или misoprostol не рекомендуется из-за отсутствия доказанных фактов о возможном успехе от применения данной комбинации.
- Факторы риска относительно возникновения индуцированных НПВС гастроинтестинальных побочных эффектов включают применение НПВС (аспирин, сочетание блокаторов ЦОГ-2 и аспирина), а также следующие факторы:
 - Возраст 65 лет и старше;
 - Пептическая язва в анамнезе;
 - Желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе;
 - Сопутствующие заболевания, особенно поражение коронарных сосудов;
 - Наличие артритоподобных заболеваний (остеоартроз, требует назначения низких доз НПВС или пероральных кортикостероидов).
 - Ранее существующая гастропатия, вызванная НПВП;
 - Одновременное применение глюкокортикостероидов;
 - Одновременное применение антикоагулянтов;
 - Одновременное применение бисфосфонатов;
 - Высокие дозы НПВП (включая НПВП+аспирин);
 - Инфекция H. Pylori.
- Повышенный риск возникновения осложнений у пациентов:
 - В возрасте до 65 лет, при наличии 2-х и более факторов риска;
 - В возрасте свыше 65 лет и более и хотя бы один из факторов риска.

Начало лечения:

Начинать лечение следует с использования одного из ниже перечисленных:

- Мизопростол в дозе 200 мкг / сут, постепенно, в течение 2-х недель, повышая дозу до максимально переносимой (800 мкг / сутки).
- ИПП в стандартной дозе один раз в сутки. В случае положительного теста на H. Pylori – эрадикационная терапия.

Лечение индуцированной НПВС диспепсии:

Изучение анамнеза жизни и заболевания с целью выявления факторов риска. Отмена НПВП, если это возможно.

Пациентов с симптомами осложнений и факторами риска направлять на эндоскопию.

Если симптомы уменьшились:

- Продолжение приема НПВС под прикрытием ИПП или Мизопростол¹;
- Замена НПВС селективным блокатором ЦОГ-2.

В случае положительного теста на H. Pylori – эрадикационная терапия.

Лечение пептической язвы, индуцированной НПВС:

Если возможна отмена НПВС, необходимо начинать лечение с назначения антагонистов H₂-рецепторов (ранитидин 150 мг дважды в сутки или фамотидин 20 мг дважды в сутки) или ИПП (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг или пантопразол 40 мг) 8 недель в случае дуоденальной язвы и 12 недель в случае язвы желудка.

Если отмена НПВС невозможна:

- Лечение ИПП в течение 8 нед в случае дуоденальной язвы и 12 недель в случае язвы желудка. Если

лечение неэффективно – увеличить дозу препаратов. Просмотреть поддерживающую терапию (согласно индивидуального повышенного риска гастроинтестинальных осложнений НПВС).

- Рассмотреть возможность замены НПВП селективными блокаторами ЦОГ-2. Эрадикация *H. Pylori* – в случае положительного теста.

Направление к специалистам пациентов с осложненными язвами (кровоточивыми, перфоративными, стенозирующими).

Контроль заживления язвы путем эндоскопии.

Лечение.

- стационарное лечение – не показано,
- амбулаторное – повторные курсы лечения при необходимости, долгосрочное.

Поскольку развитие большинства функциональных заболеваний органов пищеварения возникает на фоне невротических расстройств, оно заключается, в частности, в разъяснении больному характера заболевания, убеждении его о возможном выздоровлении. Оно предусматривает нормализацию образа жизни, выполнение диетических рекомендаций, медикаментозную терапию, психотерапию и психотропные препараты (при необходимости).

Нормализация образа жизни включает отказ от вредных привычек, устранение по возможности стрессовых факторов (отрицательных эмоций, нервных перегрузок, физического перенапряжения и др.)

Определенное значение в лечении пациентов из ФД имеет диетическое питание небольшими порциями 4-5 раз в день, со сниженным содержанием жира, так как жир стимулирует выделение холецистокинина, что замедляет моторно-эвакуаторную функцию желудка.

При наличии *H. pylori* показано проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии (стратегия "test and treat",) по одной из принятых схем тройной терапии или квадротерапии, согласно рекомендациям Маастрихт-2,3 (2000, 2005).

- седативные средства (настойка валерьяны, диазепам, сибазон)
- антидепрессанты (амитриптилин, азафен)
- транквилизаторы (рудотель, мезапам)
- вегетативные гармонизаторы (белатаминал, пиридол)

При нервнопсихической анорексии - витаминные препараты, альбумин, плазма в/в, ретаболил, алоэ.

При тошноте, изжоге - рекомендовать поднять головной конец кровати на 5-15 см, избегать тесной одежды, запора, жирной пищи, употребление алкоголя, нельзя принимать пищу позднее чем за 3-4 часа до сна, уменьшить вес.

При лечении больных ФД довольно высокую эффективность имеют антацидные препараты.

Антациды - препараты, которые снижают кислотность содержимого желудка за счет химического взаимодействия с соляной кислотой желудочного сока.

- нерастворимые щелочи (альмагель, фосфалюгель 1-2 пакетика через 40 мин после еды, маалокс - 15 мл х 4 раза через 1 ч после еды)

Учитывая то, что пациенты с функциональной диспепсией часто имеют нарушение моторики желудка, важную роль в лечении таких больных должны играть препараты, которые нормализуют гастродуоденальную моторику — прокинетики. Ведущее место среди прокинетиков имеют в настоящее время блокаторы допаминовых рецепторов (метоклопрамид, домперидон). Препараты этой группы улучшают двигательную функцию главным образом проксимальных отделов ЖКТ, усиливая моторику пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, улучшая гастродуоденальную координацию.

При функциональной диспепсии показано применение периферического блокатора допаминовых рецепторов - домперидона (мотилиума). Данный препарат практически не проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому почти лишен побочных эффектов, присущих метоклопрамиду. Домперидон может применяться при разных заболеваниях, которые требуют усиления двигательной функции верхних отделов ЖКТ. Прокинетики назначают по 10 мг 3 раза в сутки за 15 минут до еды.

метоклопрамид (церукал, реглан 30-60 мг/пор, цизаприд - 40-60 мг /сут 1-2 т за 30 мин. до еды)

Блокаторы H₂ - рецепторов (ранитидин, зантак 150-300 мг, фамотидин, квамател 20-40 мг через 12 ч за 30 мин. до еды)

Эффективность антагонистов H₂-рецепторов при ФД не превышает плацебо. При необходимости в лечении больных ФД назначают ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол) в стандартной или половинной дозе. Ингибиторы протонной помпы ИПП) предоставляют высокоселективное тормозящее влияние на кислотообразующую функцию желудка, действуют на внутриклеточный фермент H⁺-K⁺-АТФ-азу, блокируя работу протонной помпы и на продукцию соляной кислоты. По антисекреторному эффекту ИПП превосходят H₂-блокаторы и антацидные средства. Назначение ИПП при ФД значительно превосходит плацебо-эффект. (омепразол 40 мг, контролок – 80 мг в сутки).

При аэрофагии - настойка валерьяны, бромиды, регулярный прием пищи небольшими порциями. Запрещается газированная вода, спиртные напитки, гипнотерапия.

При синдроме раздражения желудка - психотерапия, седативные, транквилизаторы, метоклопрамид.

При функциональном демпинг-синдроме - ограничивают углеводы. При первых проявлениях необходимо лечь, при резких проявлениях - имодиум, соматостатин.

Образцы формулирования диагноза:

Функциональная (неязвенная) диспепсия, язвopodobный вариант, период обострения.

Функциональная (неязвенная) диспепсия, смешанный вариант, период обострения

ЛІТЕРАТУРА:

- 1.Ткач С.М. Практические подходы к ведению больных с диспепсией //Гастроэнтерология -2016. №1 (59) -С.81-84
- 2.Ткач С.М.Функциональная диспепсия в свете Римских критериев //Гастроэнтерология-2016.-№4(62).-С.65—71.
- 3.Ткач С.М.,Дорофеев А.Э. Эволюция лечения кислотозависимой патологии //Гастроэнтерология-2015.-№4 (58).-С.94-100.
- 4.Ю.М.Степанов,И.Я.Будзак Функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника: что общего?// Гастроэнтерология 2016.- №1(59) -С.100-104
- 5.Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра // РЖГГК. – 2016. - №26(4). С. 124-128.
- 6.Передерий В.Г.,Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини Том1. Підручник.-К.,2009.-784 с.:іл.
- 7.Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я,2003.
8. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007
- 9.Внутрішні хвороби/І.М.Ганжа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба, Л.Я.Бабиніна та інші.-К.:Здоров'я,2002.
10. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. - Полтава. 2004.
- 11.Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007
12. Передерий В.Г.,Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей.-Винница: СПД Каштелянов А.И.,2011.
- 13.Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М.Мостового. – 14-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. – 576 с.
14. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
15. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я, 2003.
16. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007
17. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. -Полтава. 2004.
- 18Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
- 19.Наказ МОЗ від 13.06.2005 № 271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги. за

спеціальністю «Гастроентерологія».

20 Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев, 2007

21 Харченко, Н.В. Международный конгресс гастроэнтерологов «Гастро-2009» / Н.В.Харченко, Н.Д.Опанасюк, И.Я.Лопух // Здоров'я України. – 2009. - №23 (228). – С.

22. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.

23. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010.

24. Панчишин Ю.М., Радченко О.М., Макаренко Т.М., Комариця О.Й., Гук-Лешневська З.О. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.

25. Радченко О.М. Хронічний ентерит та абдомінальний ішемічний синдром у практиці сімейного лікаря: проблема диференційної діагностики // Сімейна медицина. – 2011. - № 3.

26. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.

27. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.