

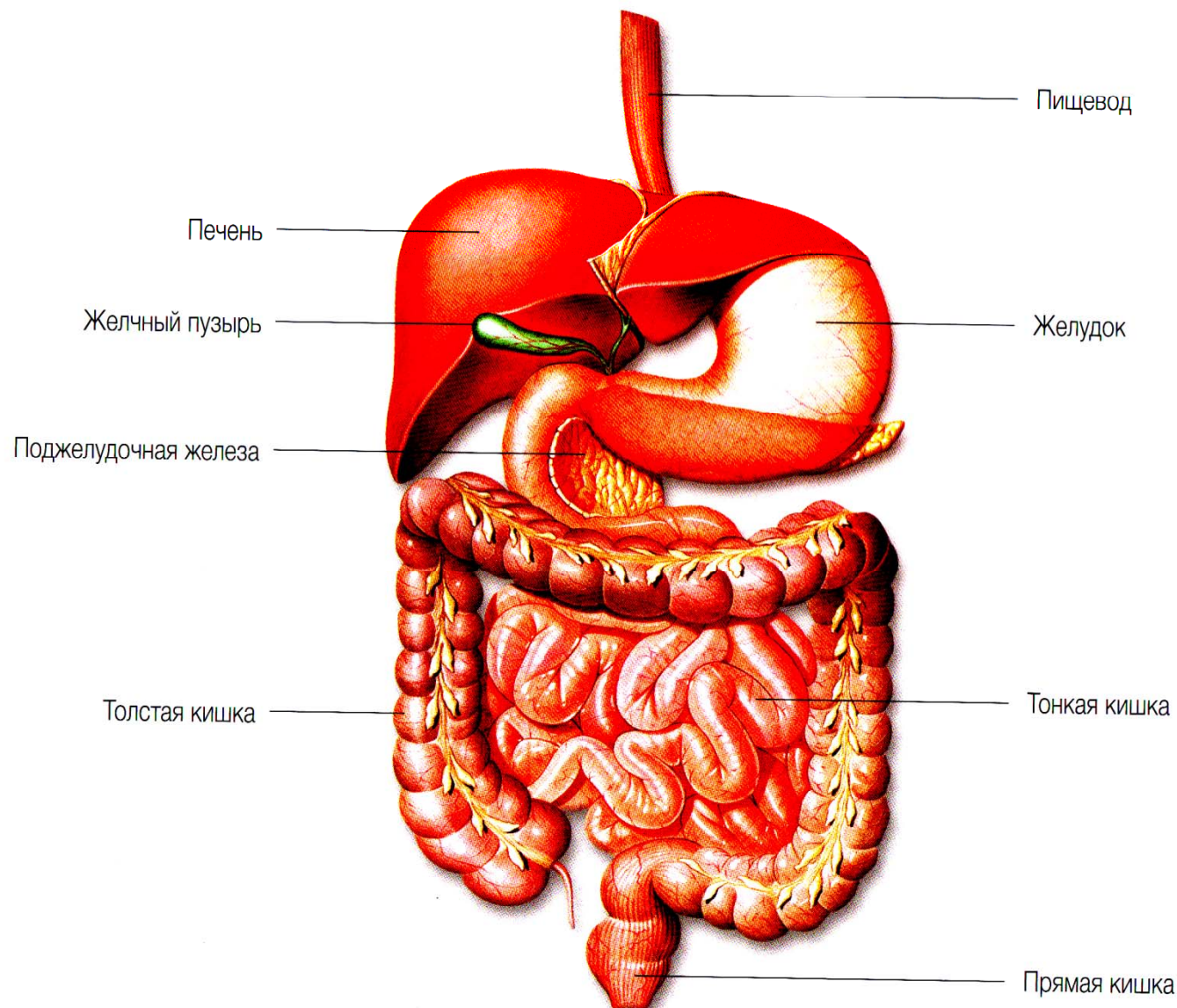
Лекция

Заболевания органов пищеварения

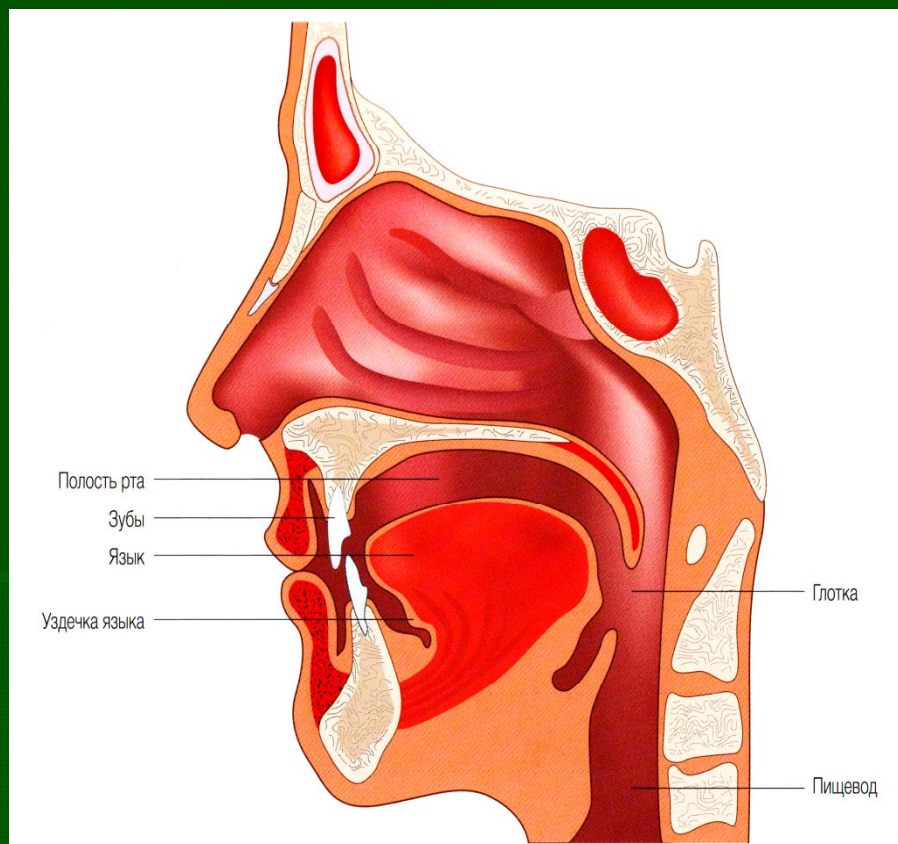
Заболевания пищевода

Подготовила Атлас Е.Е.

Органы пищеварения



Заболевания пищевода



Анатомо-физиологические сведения

- Пищевод – полый мышечный орган, соединяющий глотку и желудок.
- Начинается на уровне перстневидного хряща (уровень VI шейного позвонка), на уровне II грудного позвонка проходит в заднее средостение, выходит через пищеводное отверстие диафрагмы на уровне IX-X грудных позвонков.
- Длина у мужчин 24-30 см, у женщин 21-23,5 см.

- Пищевод имеет 4 анатомических сужения: при переходе глотки в пищевод, при пересечении с дугой аорты, в зоне левого главного бронха и на уровне диафрагмы.
- Это места задержки инородных тел, поражения кислотами и щелочами, развития опухолей.
- Функция перемещения пищи в желудок осуществляется перистальтикой.
- Нижний пищеводный сфинктер, или кардия, имеет сложную регуляцию, обеспечивает попадание пищи в желудок при расслаблении и препятствует регургитации содержимого желудка.

Симптомы заболеваний пищевода

- Дисфагия – нарушение глотания и продвижения пищевого комка по пищеводу.
- Различают презофагеальная и эзофагеальная дисфагии
- Встречается при ахалазии кардии, при системной склеродермии, синдроме Пламмера -Винсона (сидеропенический синдром при железодефицитной анемии), при психогенных нарушениях (globus hystericus).
- выделяют – высокая, на уровне средней трети, дистальная

- **Боли** – жгучие за грудиной (изжога),
- при рефлюкс-эзофагите — после еды, усиление при наклонах туловища, в горизонтальном положении, уменьшение после приема антацидов.
- при ахалазии кардии - боли тупые, давящие, по ночам болевые кризы, снимающиеся нитроглицерином.
- при остром эзофагите - жжение и боли заставляют отказываться от приема пищи.

- **Отрыжка** – из-за сокращения мускулатуры желудка при расслаблении кардии,
- м. б. воздухом (при переедании, быстром поглощении пищи),
- съеденной пищей (при ослаблении тонуса нижнего пищеводного сфинктера, при застое в дивертикулах,
- гнилостный запах - при стенозах и ахалазии
- кислый вкус – гиперацидность,
- вкус прогорклого масла – снижение секреторной функции желудка,
- горький привкус – регургитация содержимого 12-ти перстной кишки.
- процесс срыгивания с повторным заглатыванием пищи – руминация, часто у новорожденных.
- у взрослых при ахалазии кардии, стриктурах пищевода, моторных нарушениях желудка, при психосоматических нарушениях

- **Пищеводная рвота** (регургитация)

- без тошноты и участия мускулатуры желудка и брюшного пресса (в отличие от рвоты).

- обычно содержимое пищевода вытекает пассивно (симптом «мокрой подушки»): слизь, слюна, не переваренная пища, если кровь – изъязвление или распад опухоли.

- **Кровотечения** – появляются при разрыве варикозных вен (при циррозах печени, подпеченочной блокаде воротной вены, при раке пищевода, прорастании его в аорту, при перфорации пищевода инородным телом, при язвенных эзофагитах, при синдроме Мэллори –Вейса (продольных надрывах слизистой пищевода и кардиального отдела желудка при сильной рвоте, часто при алкоголизме)
- могут приводить к железодефицитным анемиям

■ **Прочие симптомы** —

- повышенное слюноотделение, икота (раздражение диафрагмального и блуждающего нерва),
- неприятный запах изо рта (при раке, ахалазии кардии, дивертикулах),
- похудание, истощение,
- парез голосовых связок (при прорастании рака пищевода в зону возвратного нерва).

Определение

- **Рефлюкс-эзофагит, или гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), –**

это спонтанное, регулярно повторяющееся забрасывание в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода и появлению характерных симптомов (изжога, ретростернальные боли, дисфагия)

- по классификации МКБ –10 шифр К 21

NB!

- практически здоровых людей иногда наблюдаются забросы желудочного содержимого в пищевод;
- достаточно продолжительное закисление дистального отдела пищевода может не сопровождаться клиническими симптомами и морфологическими признаками эзофагита;
- нередко при выраженных симптомах ГЭРБ отсутствуют воспалительные изменения в пищеводе.

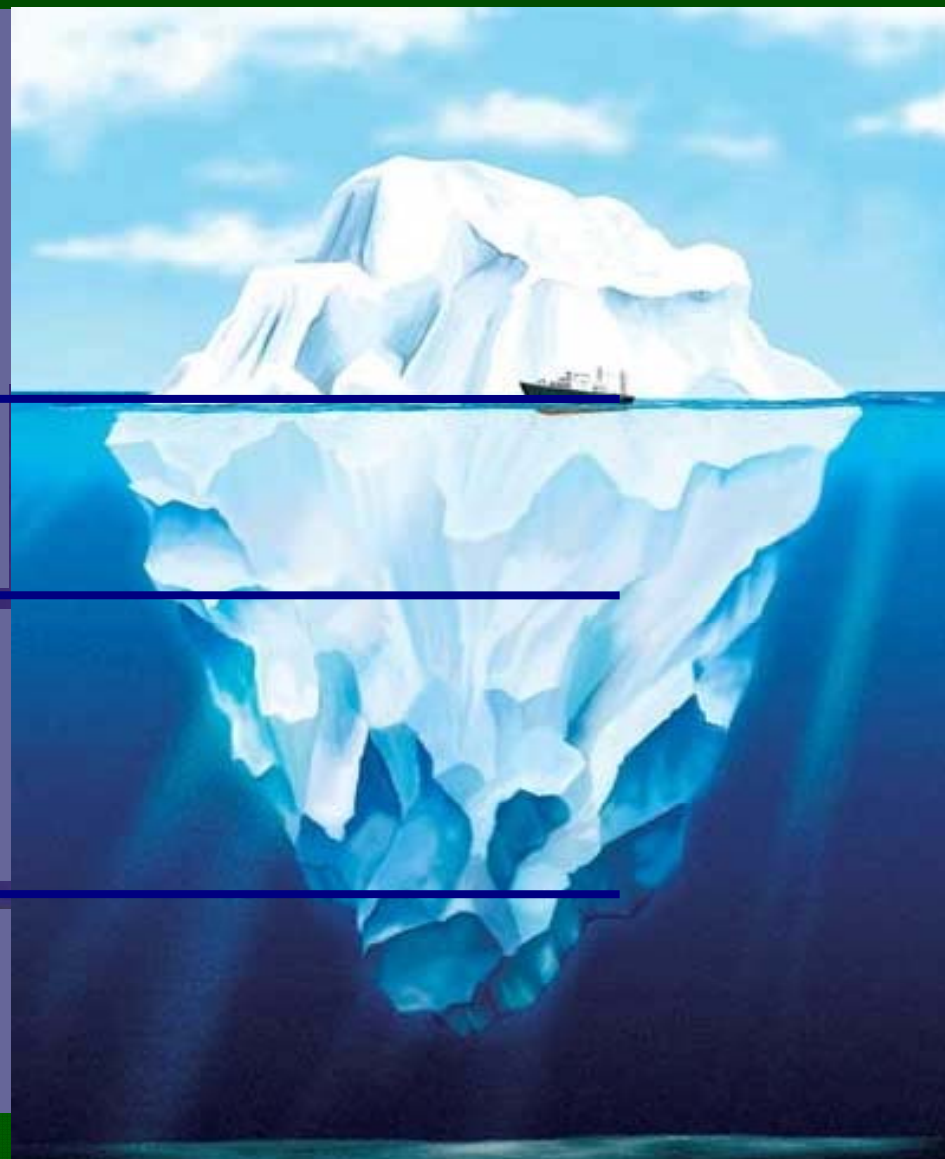
Айсберг ГЭРБ

Упорное течение
и осложнения

Частые эпизоды,
попадающие в поле
зрения врачей

Случайные эпизоды,
не попадающие в поле
зрения врачей

Бессимптомный
пищевод
Баррета



Эпидемиология

- D. Castell (1985)- схема **«айсберга» ГЭРБ:**
- **подводная часть «айсберга»** - симптомы слабовыраженные и спорадические, больные не обращаются к врачам, а самостоятельно принимают антацидные препараты
- **надводная часть «айсберга»** - больные с выраженными или постоянными симптомам, но без осложнений, которым необходимо регулярное лечение («амбулаторные» рефлюксы).
- **вершина «айсберга»** – больные, у которых развились осложнения (пептические язвы, кровотечения, стриктуры) («госпитальные» рефлюксы).
- Среди взрослого населения США частота встречаемости изжоги составляет 20-40 %, однако только 2% больных получают лечение по поводу рефлюкс- эзофагита (Speshler, 1992).
- В России встречается у **10-14 % взрослых.**

Предрасполагающие факторы:

- стресс;
- поза;
- ожирение;
- беременность;
- курение;
- хиатальная грыжа;
- лекарства (антагонисты Са, антихолинергические препараты, β- адреноблокаторы и др.).

Причины рефлюкс-эзофагита

- недостаточность нижнего эзофагеального сфинктера;
 - рефлюкс желудочного и дуоденального содержимого в пищевод;
 - снижение пищевого клиренса;
 - уменьшение резистентности слизистой пищевода.
-
- Непосредственная причина - длительный контакт желудочного (соляная кислота, пепсин) или дуоденального содержимого (желчные кислоты, трипсин) со слизистой оболочкой пищевода.

Патофизиология ГЭРБ

Гастроэзофагеальный рефлюкс

Дисфункция
антирефлюксных
механизмов

Соляная кислота,
пепсин, желчь,
панкреатические
ферменты

Длительность
воздействия:
неадекватность
клиренса

Подавление устойчивости слизистой

Беспокоящие пациента
симптомы

Повреждение
слизистой пищевода

Патогенез

- Пищеводный рефлюкс следует считать патологическим, если время, за которое рН достигает уровня 4,0 и ниже, превышает 4,2 % всего времени анализа.

Хиатальная грыжа

Причины рефлюкса при грыже пищеводного отверстия диафрагмы:

- исчезновение угла Гиса и нарушение клапанного механизма кардии (клапан Губарева);
- снижение запирающего действия диафрагмальных ножек в отношении кардии;
- воздействие положительного внутрибрюшного давления на нижний пищеводный сфинктер.
- Грыжа является достаточно частой причиной развития ГЭРБ.

W. Wienbeck и J. Barnert (1989), хиатальная грыжа обнаруживается у 50 % обследуемых в возрасте старше 50 лет, у 63-84 % из них эндоскопически определяются признаки рефлюкс-эзофагита

■ Пищеводный клиренс -

- защитный механизм,
- определяется скоростью выхода химического раздражителя из полости пищевода
- обеспечивается перистальтикой органа и ощелачивающим компонентом слюны и слизи

■ Резистентность слизистой оболочки

- обусловлена презептимальным, эпителиальным и постэпителиальным факторами.

Монреальская классификация ГЭРБ

Пищеводные синдромы

Внепищеводные синдромы

Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами

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

Синдромы, с повреждением пищевода (осложнения)

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

Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена

1. Кашель рефлюксной природы
2. Ларингит рефлюксной природы
3. Бронхиальная астма рефлюксной природы
4. Эрозии зубной эмали рефлюксной природы

Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается

1. Фарингит
2. Синуситы
3. Идиопатический фиброз легких
4. Рецидивирующий средний отит

Клиническая картина

- изжога,
- ретростернальная боль - иррадирует в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки, может имитировать стенокардию
- внепищеводные проявления —
 - легочные (кашель, одышка, чаще возникающие в положении лежа),
 - отоларингологические (охриплость голоса, слюнотечение)
 - желудочные (быстрое насыщение, вздутие живота, тошнота, рвота) симптомы.
 - ранние признаки — чувство комы за грудиной, привычка запивать еду водой, слюнотечение.

Бронхолегочные проявления ГЭРБ

- относятся кашель и одышка, возникающие преимущественно в положении лежа.
- Респираторные проявления могут развиваться двумя путями.
 - 1) прямой путь - обусловлен микроаспирацией желудочного содержимого с развитием механической бронхообструкции и пневмонии.
 - 2) непрямой путь - реализуется посредством инициации эзофаго - бронхиального рефлекса

- Атипичное, торпидное течение хронических рецидивирующих бронхолегочных заболеваний,
 - развитие клинических симптомов преимущественно в ночное время или в горизонтальном положении,
 - параллелизм в выраженности диспепсического и обструктивного синдромов,
 - отсутствие эффекта от традиционного лечения
- позволяют заподозрить ГЭР в качестве причины, вызывающей развитие бронхиальной обструкции

Кадидальные проявления ГЭРБ

- Боли в левой половине грудной клетки (non cardiac или angina-like chest pain), зависящие от положения тела и связанные с приемом пищи;
- Нарушения сердечного ритма и проводимости (экстрасистолия, преходящие блокады ножек пучка Гиса).

Нарушения сна



- Частота изжоги во время сна в 25%
- Нарушения сна вызваны изжогой или отрыжкой встречаются в 23-81%
- Ночная изжога и нарушения сна у пациентов с ГЭРБ, существенно улучшаются на терапии ИПП

Эндоскопическая классификация ГЭРБ Савари и Миллера

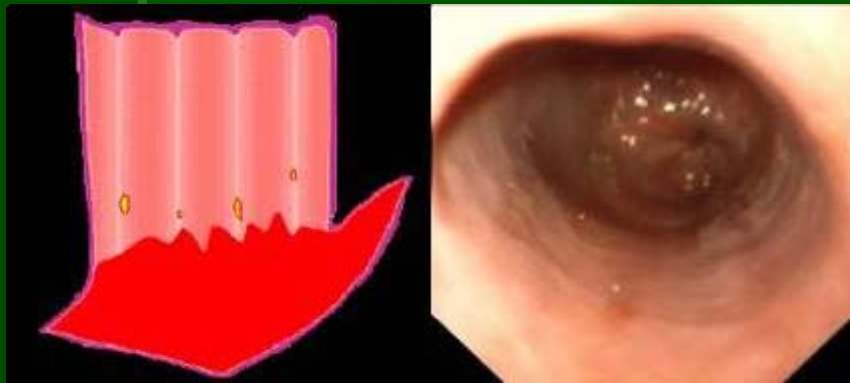
- I степень – отдельные несливающиеся эрозии и/или эритема дистального пищевода
- II степень – сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой эрозивные поражения
- III степень – язвенные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой
- IV степень – хроническая язва пищевода, стеноз, пищевод Баррета

Диагностика

- рентгенография пищевода - затекание бария из желудка в пищевод, признаки ГПОД.
- длительная рН - метрия пищевода - рН менее 4,0 – «закисление», в норме – 6-7.
- (оценка частоты, продолжительности и выраженности рефлюкса)
- сцинтиграфия пищевода с радиоактивным изотопом технеция
- эндоскопия пищевода - эндоскопическая классификация Савари и Миллера – 4 степени эзофагита

Лос-анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита *Lundell et al., 1999*

А. поражение СО ограничено пределами
складки длиной < 5 мм



В. поражение СО > 5 мм, ограничен
пределами складки СО

С. поражение СО распространяется на
две и более складки СО, занимает $< 75\%$
окружности пищевода



Д. поражение СО распространяется на
 75% и более окружности пищевода

Критерии диагноза ГЭРБ

1. Жалобы: изжога, диспепсия, отрыжка и пр.
2. Данные эзофагоскопии: эзофагит (катаральный, эрозивно-язвенный)
3. Рентгенологическое исследование – ГПОД (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы)
4. Суточная рН метрия
5. Тест с ИПП: купирование симптомов при назначении омепразола в течение 5 – 8 дней в дозе 20 мг 2 раза в день за 30 мин до еды
6. Морфологическое исследование СО пищевода – метаплазия эпителия (пищевод Барретта)



Осложнения рефлюкс-эзофагита

- **Пептические язвы пищевода**
 - наблюдаются у 2-7 % больных ГЭРБ,
 - в 15-ти % осложняются перфорацией,
- **Стенозирование пищевода** – при сужении просвета пищевода до 2 см.
- **Пищевод Баррета**
 - гистологическое подтверждение - обнаружение в биоптатах цилиндрического эпителия
 - риск развития рака

Лечение ГЭРБ

(общие мероприятия)



Общие рекомендации:

- после принятия пищи избегать наклонов вперед и не ложиться;
- спать с приподнятой головой;
- не носить тесную одежду и тугие пояса;
- избегать обильных приемов пищи;
- не есть на ночь;
- ограничить потребление продуктов, вызывающих снижение давления НПС и оказывающих раздражающее воздействие (жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые);
- отказаться от курения;
- избегать накопления избыточной массы тела;
- избегать приема лекарств, вызывающих рефлюкс (антихолинергические, седативные препараты и транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, β -адрено-блокаторы, теофиллин, простагландины, нитраты).

Лечение

- Цель терапии – купирование симптомов, улучшение качества жизни, лечение эзофагита, предотвращение или устранение осложнений
- I. Консервативное лечение
- рекомендации больному, касающиеся изменения образа жизни и диеты;
- прием антацидов и производных альгиновой кислоты;
- антисекреторные препараты (блокаторы H₂-рецепторов гистамина и ингибиторы протонной помпы);
- прокинетики, нормализующие моторику (активизация перистальтики, усиление активности НПС, ускорение эвакуации из желудка).
- II. Хирургическое лечение.

Препараты уменьшающие внутрижелудочное давление и повышающие тонус пищеводного сфинктера:

- *метоклопамид (церукал, реглан)* по 1 табл. (10 мг) 3–4 раза в день до еды, 3–4 недели,
- *домперидон (мотилиум)* в той же дозе за 10–15 мин. до еды,
- *цизаприд (препульсан)* по 1 табл. (5–10 мг) 2-3 раза в день и на ночь, 2–3 недели,
- *букоспан* в той же дозе 3–5 раз в день или в свечах по 10 мг 2 раза в день, 3–4 недели.

Антациды и альгинаты:

- Антациды
- Антисекреторные препараты:
фамотидин по 1 таб. (20–40 мг) или
ранитидин (150 мг)
после ужина 3–4 недели

Противовоспалительные препараты:

- *сукральфат (вентер)*
- *субнитрат висмута*
- *нитрат серебра*
- *Белая глина, дерматол*
- *Отвар семени льна, овса, взбитый яичный белок*
- При рефлюкс-эзофагите –
облучение инфракрасным лазером
кожных зон в проекции желудка,
луковицы 12-перстной кишки
- Гомеопатическое лечение

Хирургическое лечение

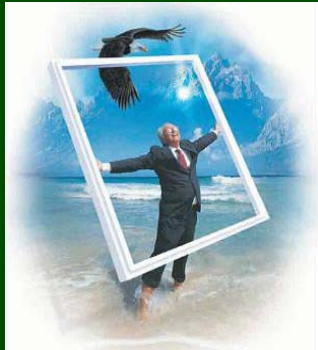
Фундопликация по Ниссену.

- при стриктурах,
- повторных пищеводных кровотечениях,
- при рецидивах аспирационной пневмонии,
- пищеводе Баретта

Лечение беременных

- **невсасывающиеся антациды**
(фосфалугель, альмагель, маалокс, топалкан, гелюсил лак)
- в тяжелых случаях добавить **МОТИЛИУМ** (домперидон).

Международные стандарты: Генвальское соглашение



«Терапия ингибиторами протонной помпы определяется как самая эффективная первоначальная и длительная терапия для всех пациентов с ГЭРБ.

Такая терапия обеспечивает быстрое избавление от симптомов заболевания и улучшает качество жизни пациентов»

Эффективность блокаторов желудочной секреции

Частота заживления эрозий слизистой оболочки
пищевода в течение 12 недель лечения



при применении ИПП > 80%;



при использовании H2 блокаторов < 50%

ИПП в лечении ГЭРБ

Подавление продукции соляной кислоты
париетальными клетками
(повышение pH, снижение объема)

Прекращение воздействия кислоты
на слизистую оболочку пищевода

Устранение
симптомов ГЭРБ

Заживление
рефлюкс-эзофагита

Профилактика
осложнений ГЭРБ

Нормализация самочувствия и качества жизни

ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

■ Рак пищевода

- Два ведущих симптома:
затруднение глотания и ущемление пищи в пищеводе с его обструкцией.
Постоянные боли по ходу пищевода, срыгивания, рано наступает кахексия,
- на рентгенограммах дефекты наполнения с неровными контурами, или округлый дефект с депонированием бария.
- при фиброэзофагоскопии – инфильтрация стенки локально, или раковая язва, или пристеночная экзофитная опухоль, или циркулярная стриктура.
- показана прицельная биопсия.

■ Дивертикул пищевода

- Дисфагия, тошнота, срыгивание – постепенно.

Уточняют диагноз:

- Эзофагоскопия,
- рентгеновское исследование

■ Ахалазия кардии

загрудинные боли во время еды,
ночные боли, срыгивание.

- Рентгеноскопически –
расширение пищевода и
его веретенообразное сужение
при переходе в кардию.
- То же при фиброэзофагоскопии.

■ Дискинезия пищевода

- это симптом истерического невроза.
- Твердая пища проходит с трудом, жидкая – хорошо, боязнь принимать пищу, потеря массы тела.
- Диагноз уточняется при рентгеноскопии,
- эзофаготонометрии.

Антацидные препараты

Нежелательные эффекты длительного применения антисекреторных препаратов (блокаторов H₂-гист. рецепторов и протонной помпы)

- **Феномен вторичного повышения секреции соляной кислоты после отмены препарата.**
- **Феномен «ускользания эффекта» (обострение язвенной болезни).**
- **Торможение энергетических систем клеток, блокада ферментных систем обкладочных клеток, что делает их неполноценными и готовыми к дистрофическим изменениям при воздействии повреждающих факторов**
- **Дисбаланс в кислотно-основном состоянии организма.**

Антациды- это средства, нейтрализующие соляную кислоту в просвете желудка

- В настоящее время антацидные препараты переживают свое «второе рождение», свой «Ренессанс».
- Антациды включены практически во все схемы лечения кислотозависимых заболеваний

Механизмы действия антацидов

- Снижают интрагастральное и интрадуоденальное давление,
- устраняют мышечный спазм и рефлюкс дуоденального содержимого в желудок,
- повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера,
- ускоряют эвакуацию содержимого желудка в кишечник,
- обладают способностью связывать эпителиальный фактор роста и фиксировать его в области язвенного дефекта, стимулируя тем самым локально регенеративные процессы.

Современные требования к антацидным препаратам

- Быстрое начало действия;
- Продолжительное действие;
- Способность адсорбировать компоненты желчи, изолецитин, соляную кислоту, пепсин;
- Буферность действия (рН 3,0-5,0);
- Оптимальное соотношение алюминия и магния;
- Отсутствие феномена отмены;
- Отсутствие газообразования;
- Минимальная энтеральная абсорбция ионов алюминия и магния;
- Хорошие органолептические свойства.

Классификация антацидов



Всасывающиеся антациды

- Быстрый, но непродолжительный эффект;
- Возникновение феномена рикошета;
- При длительном применении изменяют кислотно-щелочное равновесие организма, а при одновременном приеме больших количеств молока приводят к развитию **синдрома Бернетта** (молочно-щелочной синдром), клинически проявляющегося слабостью, утомляемостью, раздражительностью, депрессией, болью в мышцах; лабораторно определяется гиперкальциемия, гиперфосфатемия, алкалоз, азотемия, снижение концентрационной способности почек

При выборе антацида необходимо учитывать:

- **состав препарата;**
- **механизм действия;**
- **форму выпуска;**
- **симптомы заболеваний
конкретных больных.**

Действие магнийсодержащих антацидов

- Антипепсическая способность
- Усиление слизиобразования
- Усиление моторики
- Усиление резистентности
слизистой оболочки желудка

Действие алюминийсодержащих антацидов

- Антипепсическая способность
- Усиление синтеза простагландинов
- Образование защитной пленки на поверхности поврежденных тканей
- Адсорбция желчных кислот, пепсина и лизолецитина
- Ослабление моторики
- Повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера

Эффекты катионов, входящих в антацидные препараты

Действие	Катионы			
	Mg	Ca	Al	Bi
Нейтрализующее	+++	+	++/+++	
Адсорбирующее	+	+	+++	+
Обволакивающее			+	
Вязущее			+	+++
Цитопротективное			+++	+

**Комбинация катионов
алюминия и магния
оказывает оптимальное
лечебное действие и
обладает наибольшей
антацидной емкостью**

Побочные эффекты антацидов

- **Диспепсические расстройства (отрыжка, нарушения стула и т.д.)**
- **Невсасывающиеся антациды - гидроксиды магния и алюминия - связывают фосфат и потому могут вызвать гипофосфатемию, которая проявляется болями в костях, остеомалацией, мышечной слабостью и повышенной экскрецией кальция.**

Преимущества антацидных препаратов

- Антациды - средства «скорой помощи»
- Возможно применение в педиатрической практике (у детей старше 6 лет);
- Не связывают уреазу, выделяемую *Helicobacter pylori* и потому могут применяться до проведения уреазного теста;
- Возможно применение у беременных и кормящих грудью женщин;
- Хорошо переносятся больными.

Схемы назначения антацидов

- 1) **Терапия по требованию** - для быстрого устранения (снижения интенсивности) симптомов диспепсии, прежде всего изжоги и боли (в любое время суток);
- 2) **Курсовое лечение** - за 30-40 мин или через 30-60 мин после приема пищи (при необходимости и перед сном) в виде монотерапии или в комплексном лечении (частота и продолжительность приема определяются общим состоянием больных)

Лечение ГЭРБ

1) **Схема «поэтапно усиливающейся» терапии**

(предполагает назначение на разных стадиях заболевания различных по силе препаратов и комбинаций).

- На первом этапе (обычно при эндоскопически негативной ГЭРБ) основное место в лечении отводится изменению образа жизни и приему антацидов.
- На втором этапе (при сохранении клинических симптомов) назначают прокинетики или комбинацию H₂-блокаторов и прокинетиков.
- На третьем этапе (при неэффективности предшествующей терапии) применяются блокаторы протонного насоса или (в особенно тяжелых случаях) комбинация блокаторов протонного насоса и прокинетиков.

2) Схема «поэтапно снижающейся» терапии

Предполагает с самого начала назначение блокаторов протонного насоса с последующим переходом после достижения клинического эффекта на прием прокинетиков. Применение такой схемы оправдано у больных с тяжелым течением заболевания и выраженными эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки пищевода.

**Таким образом,
антацидные средства
занимают определенную
позицию при лечении
кислотозависимых
заболеваний ЖКТ и их
применение в терапии
указанных состояний
обосновано патогенетически**