

## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

**1. Название протокола:** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

**2. Код протокола:**

**3. Коды по МКБ:**

К 21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита

К 21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

ГЭРБ - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;

НЭРБ - эндоскопически негативная рефлюксная болезнь;

ГЭР - гастроэзофагеальный рефлюкс;

ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия;

ВЭМ - велоэргометрия;

ИПП - ингибиторы протонной помпы.

**5. Дата разработки протокола:** апрель 2013 г

**6. Категория пациентов:** амбулаторные и стационарные больные

**7. Пользователи протокола:** врачи терапевты, врачи общей практики

**8. Указание на отсутствие конфликта интересов:** разработчик протокола подтверждает отсутствие конфликта интересов, связанных с предпочтительным отношением к той или иной группе фармацевтических препаратов, методов обследования или лечения больных с ГЭРБ

**9. Определение:**

ГЭРБ – заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.

### II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**10. Классификация ГЭРБ\*:**

неэрозивная рефлюксная болезнь (60-65% случаев заболевания)

рефлюкс – эзофагит (30-35 случаев заболевания)

**Осложнения ГЭРБ:**

пептическая язва, пептическая стриктура, пищеводные кровотечения, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода

\* В настоящее время используется модифицированная классификация Savary-Miller или Лос-Анжелесская классификация эзофагитов.

**Модифицированная классификация эзофагитов по Savary-Miller**

Степени тяжести	Эндоскопическая картина
-----------------	-------------------------



I	Одна или несколько изолированных овальных или линейных эрозий расположены только на одной продольной складке слизистой оболочки пищевода.
II	Множественные эрозии, которые могут сливаться и располагаться более, чем на одной продольной складке, но не циркулярно.
III	Эрозии расположены циркулярно (на воспаленной слизистой).
IV	Хронические повреждения слизистой оболочки: одна или несколько язв, одна или несколько стриктур и/или короткий пищевод. Дополнительно могут быть или отсутствуют изменения, характерные для I-III степени тяжести эзофагита.
V	Характеризуется наличием специализированного цилиндрического эпителия (пищевод Barrett), продолжающегося от Z-линии, различной формы и протяженности. Возможно сочетание с любыми изменениями слизистой оболочки пищевода, характерными для I-IV степени тяжести эзофагита.

#### **Классификация рефлюкс – эзофагита (Лос-Анджелес, 1994)**

Степень эзофагита	Эндоскопическая картина
A	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
B	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
C	Поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода
D	Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода

#### **11. Показания для госпитализации:**

- 1) антирефлюксное лечение при осложненном течении заболевания и неэффективности адекватной медикаментозной терапии;
- 2) эндоскопическое или оперативное вмешательство (фундопликация) в случае неэффективности адекватной медикаментозной терапии, при наличии осложнений эзофагита: язвы, стриктуры, пищевода Барретта, кровотечения

#### **12. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

ЭГДС (биопсия слизистой оболочки пищевода при осложненном течении ГЭРБ),  
рентгенография грудной клетки, пищевода и желудка (полипозиционная),

ЭКГ,  
УЗИ органов брюшной полости,  
**В стационаре:** 24-часовая рН-метрия пищевода и желудка,  
внутрипищеводная манометрия.

### **13. Диагностические критерии:**

#### *13.1. Жалобы и анамнез:*

**изжога** (чувство жжения различной интенсивности за грудиной в нижней трети пищевода и/или в эпигастральной области), как минимум, у 75% больных, **отрыжка кислым** после еды, **срыгивание пищи** (регургитация), **дисфагия и одинофагия** (боль при глотании) нестойкая (при отеке слизистой нижней трети пищевода) или стойкая (при развитии стриктуры), **боли за грудиной** (характерны связь с приемом пищи, положением тела и купированием их приемом антацидов).

#### **Внепищеводные симптомы ГЭРБ:**

**бронхолегочные** – кашель, приступы удушья;

**отоларингологические** – осиплость голоса, симптомы фарингита;

**стоматологические** – кариес, эрозии эмали зуба)

**Тест с ингибиторами протонной помпы** – купирование клинической симптоматики (изжоги) на фоне приема ингибиторов протонной помпы. Обладает чувствительностью и специфичностью для установления диагноза ГЭРБ, в том числе с внепищеводными проявлениями.

#### *13.2. Физикальное обследование:*

патогномоничных для ГЭРБ физикальных симптомов нет.

#### *13.3. Лабораторные исследования:*

патогномоничных для ГЭРБ лабораторных признаков нет.

#### *13.4. Инструментальные исследования:* обязательные (однократные):

Эзофагогастродуоденоскопия -1) дифференциация неэрозивной рефлюксной болезни и рефлюкс-эзофагита, выявление осложнений; 2) биопсии слизистой оболочки пищевода при осложненном течении ГЭРБ – язвы, стриктуры, пищевод Барретта; 3) ЭГДС в динамике (при неэрозивной рефлюксной болезни можно не проводить) с биопсией слизистой оболочки пищевода при осложненном течении ГЭРБ (язвы, стриктуры, пищевод Барретта).

Рентгенологическое исследование пищевода и желудка (полипозиционное) (обязательно при наличии дисфагии) – выявление функциональной и органической патологии пищевода (стриктуры, язвы и опухоли, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы).

#### **Дополнительные инструментальные исследования:**

24-часовая внутрипищеводная рН-метрия (оценка общего времени рефлюкса, рН пищевода и желудка, внепищеводных проявлений);

Внутрипищеводная манометрия – оценка функционирования нижнего пищеводного сфинктера, моторной функции пищевода;

УЗИ органов брюшной полости – для выявления сопутствующей патологии;

ЭКГ и ВЭМ - для дифференциальной диагностики с ИБС.

#### *13.5. Показания для консультации специалистов:*



Неопределенность диагноза, наличие атипичных или внепищеводных симптомов, подозрение на осложнение (язвы, стриктуры, кровотечения, пищевод Барретта).

Консультация кардиолога (при загрудинной боли, некупируемой ИПП), пульмонолога, оториноларинголога.

### *13.6. Дифференциальный диагноз:*

При типичной клинической картине заболевания дифференциальный диагноз не представляет трудности. При внепищеводных симптомах дифференцировать ГЭРБ с ИБС, бронхолегочной патологией (бронхиальная астма и др.). Для дифференциальной диагностики ГЭРБ с эзофагитами иной этиологии и опухолями – гистологическое исследование биоптатов.

### **14. Цели лечения:**

Купирование клинических симптомов. Заживление эрозий. Предотвращение или устранение осложнений. Повышение качества жизни. Профилактика рецидивирования

### **15. Тактика лечения:**

**15.1. Немедикаментозное лечение:** заключается в выполнении рекомендации по изменению образа жизни и диеты (антирефлюксные мероприятия), выполнению которых следует придавать особое значение в терапии ГЭРБ:

- Избегать обильного приема пищи;
- После приема пищи избегать наклонов вперед и горизонтального положения; последний прием пищи не позднее чем за 3 часа до сна;
- Ограничить прием продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков;
- Спать с приподнятым головным концом кровати;
- Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса;
- Отказаться от курения; поддерживать массу тела в норме;
- По возможности воздерживаться от приема препаратов, способствующих возникновению ГЭРБ (седативных и транквилизаторов, ингибиторов кальциевых каналов,  $\alpha$ - или  $\beta$ -адреноблокаторов, теофиллина, простагландинов, нитратов) и повреждающих слизистую оболочку пищевода и желудка (НПВС, ГКС и препараты калия).

**15.2. Медикаментозное лечение:** проводится в зависимости от степени тяжести ГЭРБ и включает прокинетические, антисекреторные и антацидные средства.

Цель терапии прокинетиками – повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, стимуляция опорожнения желудка, улучшение координации



работы пищеварительной системы. Наиболее эффективны они в составе комплексной терапии с антисекреторными препаратами. Опыт показывает, что предпочтительно использование нового класса прокинетических препаратов – итоприда (<50 мг 3 раза в день), поскольку он лишен традиционных для своей группы побочных эффектов (его минимальная способность проникать через гематоэнцефалический барьер значительно снижает риск экстрапирамидных нарушений, гиперпролактинемии, кроме того, не взаимодействует с ферментами цитохрома P-450, что позволяет избежать лекарственного взаимодействия в составе комплексной терапии). Метоклопрамид имеет больше побочных эффектов, поэтому менее предпочтителен.

Цель антисекреторной терапии – уменьшение агрессии кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку при ГЭР. Препараты выбора – ИПП.

При **НЭРБ** – ИПП однократно в сутки (20 мг омепразола, или 30 мг лансопразола, или 40 мг пантопразола, или 20 мг эзомепразола перед завтраком), длительность лечения 4-6 недель. Поддерживающая терапия в стандартной или половинной дозе в режиме по «требованию» при появлении изжоги (в среднем 1 раз в 3 дня).

При **ГЭРБ без эзофагита** достаточно выполнения диетических и режимных мероприятий, назначение антацидов и алгинатов.

При эрозивных формах, терапия в зависимости от стадии заболевания:

1 ст.- единичные эрозии: ИПП - 4 недели

2-3 ст.- множественные эрозии: ИПП - 8 недель. Применяют 20 мг омепразола, или 30 мг лансопразола, или 40 мг пантопразола, или 40 мг эзомепразола. При недостаточно быстрой динамике заживления эрозий или при внепищеводных проявлениях ГЭРБ следует назначить удвоенную дозу ИПП и увеличить продолжительность лечения (до 12 нед и более). Поддерживающая терапия ИПП при эрозивных формах в стандартной или половинной дозе, в течение 6-7 месяцев.

**Антациды и алгинаты** (предпочтительно в виде геля и саше) можно использовать в качестве средства для купирования нечастой изжоги (назначать через 40-60 мин. после еды, когда чаще всего возникает изжога и боль за грудиной, а так же на ночь), однако предпочтение надо отдавать приему ИПП по требованию.

**Критерий эффективности лечения** – стойкое устранение симптомов. При отсутствии эффекта от проводимой терапии при вышеуказанных стадиях ГЭРБ, а также при 4-5 стадии (выявлении пищевода Барретта с дисплазией эпителия) больные должны направляться в учреждения, где оказывается высокоспециализированная помощь гастроэнтерологическим больным.

Если пациент ответил на терапию, рекомендуется придерживаться стратегии *step down & stop*: уменьшить дозу ИПП наполовину и постепенно продолжать уменьшать дозу вплоть до прекращения медикаментозной терапии (длительность курса строго не фиксируется).

Если после отмены медикаментозного лечения рецидивируют клинические проявления рефлюкса, врач общей практики может рекомендовать пациенту

продолжить прием препаратов в наименьшей эффективной дозе (продолжительность поддерживающей терапии также не регламентируется). Если же терапия неэффективна, пациенты не удовлетворены результатами лечения второго уровня, необходимо направить больного к гастроэнтерологу. Современный алгоритм лечения ГЭРБ подчеркивает необходимость urgentного направления больного с «тревожными» симптомами непосредственно к гастроэнтерологу, минуя этап обследования и лечения у врача общей практики. К «тревожным» симптомам относятся: дисфагия, желудочно-кишечное кровотечение, частая тошнота и потеря массы тела, анемия, удушье, боль в груди.

*15.3. Другие виды лечения:* При рефлюкс-эзофагите, обусловленном билиарным рефлюксом (желчные кислоты), прием – урсодезоксихолевой кислоты 250-500 мг в сут.( на ночь), или Пепсана–Р по 1 капсуле или саше 2-3 раза/сут перед приемом пищи. В этом случае целесообразно комбинировать препарат с прокинетиками в обычной дозе. Пепсан-Р, препарат, сочетающий в себе свойства антацида, противовоспалительного препарата и пеногасителя. Основными действующими компонентами данного лекарственного средства являются гвайазулен (вещество растительного происхождения) и диметикон. Пепсан-Р обеспечивает снижение внутрибрюшного давления и улучшение функции нижнего пищеводного сфинктера, не оказывает системных эффектов, что позволяет использовать у беременных и кормящих женщин с изжогой, а так же лиц пожилого возраста. Кроме того, его можно применять при НЭРБ, а также формах заболевания, рефрактерных к терапии антисекреторными средствами (монотерапии или комбинации с ИПП).

*15.4. Хирургическое вмешательство:*

Показания: неэффективность адекватной медикаментозной терапии; осложнения ГЭРБ (стриктура пищевода); пищевод Барретта с дисплазией эпителия (облигатный предрак). Операцией, направленной на устранение рефлюкса, служит фундопликация, в том числе, эндоскопическая

*15.5. Профилактические мероприятия:* антирефлюксные мероприятия, антисекреторная терапия, обязательная поддерживающая терапия, динамическое наблюдение за больным для мониторинга (эндоскопического с биопсией по показаниям) осложнений, выявления пищевода Барретта.

*15.6. Дальнейшее ведение:*

динамическое наблюдение за больными для мониторинга осложнений, выявления пищевода Барретта и медикаментозного контроля симптомов. Кишечная метаплазия эпителия является морфологическим субстратом пищевода Барретта. Факторы его риска: изжога чаще 2 раз в неделю, длительность симптомов более 5 лет. При установленном диагнозе пищевода Барретта для выявления дисплазии и аденокарциномы пищевода следует проводить контрольные эндоскопические и гистологические исследования через 3, 6 месяцев и далее ежегодно на фоне поддерживающей терапии ИПП. При прогрессировании дисплазии до высокой степени решают вопрос об оперативном лечении (эндоскопическом или хирургическом) в специализированном учреждении республиканского уровня.



## **16. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

Купирование клинических симптомов.

Заживление эрозий.

Предотвращение или устранение осложнений.

Повышение качества жизни.

## **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

**Критерии оценки для проведения мониторинга и аудита эффективности внедрения протокола:** соответствие диагностических критериев ГЭРБ, соблюдение рекомендуемой антирефлюксной и антисекреторной терапии, уменьшение осложнений.

## **17. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

Бектаева Р.Р., д.м.н., профессор

## **18. Рецензенты:** Исаков Б.С., д.м.н. профессор (КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова)

**19. Указание условий пересмотра протокола:** данный протокол подлежит пересмотру через 4 года. В случае появления новых данных, основанных на доказательствах, протокол может быть пересмотрен ранее

## **20. Список использованной литературы:**

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной – М.ГЭОТАР-Медиа, 2012, - 480 с.

2. Диагностика и лечение кислотозависимых и хеликобактерассоциированных заболеваний. Под ред. Р.Р.Бектаевой, Р. Т. Агзамовой, Астана, 2005 – 80 с.

3. С. П. Л. Трэвис. Гастроэнтерология: пер. с англ. / Под ред. С.П.Л.Трэвиса и др. – М.: Мед лит., 2002 – 640 с.

4. Manual of gastroenterology: diagnosis and therapy. Fourth edition. / Canan Avunduk<sup>4th</sup> ed., 2008 - 515 p.

5. Practical Manual of Gastroesophageal Reflux Disease /Ed.by Marcelo F. Vela, Joel E. Richter and Jonh E. Pandolfino, 2013 –RC 815.7.M368

