

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ (ГЭРБ), ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА (СРК)

доцент кафедры внутренних болезней педиатрического и
стоматологического факультетов ВолгГМУ,

к.м.н. Шилина Н.Н.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

- - хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, основным проявлением которого является формирование достаточно стойкого язвенного дефекта в желудке и/или двенадцатиперстной кишке



Эпидемиология

Язвенная болезнь — самое распространенное (после хронического гастрита и дуоденита) заболевание органов брюшной полости. Наиболее часто оно встречается в Северной Америке и Европе. Так, в США от 7 до 10 % населения в течение жизни болеют язвенной болезнью. Большое число больных язвенной болезнью регистрируется в России (5—6 % взрослого населения).

Соотношение язв желудка и двенадцатиперстной кишки примерно равняется 1 : 4. Оно непостоянно и в немалой степени зависит от возраста больного. У лиц молодого возраста отмечается меньшая частота желудочных язв по сравнению с дуоденальными (1 : 13). И наоборот, у больных среднего и пожилого возраста увеличивается частота язв желудочной локализации.

Язвенная болезнь с локализацией в двенадцатиперстной кишке зависит и от половой принадлежности. У мужчин она встречается значительно чаще. В детском возрасте также чаще встречается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Заболевание чаще возникает у детей школьного возраста, реже у детей дошкольного возраста. Одинаково часто болеют мальчики и девочки.

Распространенность язвенной болезни у детей составляет 1 %.

Этиология и патогенез ЯБ

- На протяжении последних десятилетий мы можем наблюдать коренные изменения точки зрения на этиологию и патогенез ЯБ.
- На смену парадигме "нет кислоты, нет язвы" пришло убеждение "нет *Helicobacter pylori* (HP) - нет язвы".
- С инфекцией HP связывают развитие и рецидивирование ЯБ в более чем 90% случаев, а хронического гастрита в 75-85% случаев.
- Так по данным (Borody, TJ, George, LL, Brandl, S, 1991 г.) 95% дуоденальной язвы в Соединенных Штатах, Европе и Австралии связаны с HP. Несмотря на очевидный максимализм такой точки зрения, все же следует считать доказанным, что абсолютное большинство случаев ЯБ хеликобактер-ассоциированные.
- Вместе с тем, бесспорно, что ульцерогенность HP зависит от значительного количества эндогенных и экзогенных факторов риска.
- Учитывая высокий уровень инфицированности отдельных популяций HP, следовало бы ждать значительно более высоких показателей заболеваемости ЯБ.

■

- Факторы риска являются только фоном, подготавливающим соответствующую почву для возникновения различных заболеваний.
- **Модифицирующие факторы (на которые можно повлиять):**
- 1.Нарушение питания.
2. Курение, алкоголь.
Оказывают отрицательное влияние на течение заболевания, часто вызывают рецидивы.
- 3. Нервно-психические факторы.
- Желудочная секреция и моторика желудка зависят от состояния нервной системы. Депрессии, неврозы встречаются у 50-60% пациентов.
- **Не модифицирующие факторы (на которые нельзя повлиять):**
- 1. Генетическая предрасположенность.
2. Возраст и пол.



- Таким образом, ЯБ полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Среди неблагоприятных преморбидных факторов, которые повышают риск развития ЯБ, важное место занимает наследственность. Вероятно, наследуется не само заболевание, а только склонность к нему. Без определенной наследственной склонности тяжело представить возникновение ЯБ. Причем следует отметить, что детям с отягощенной наследственностью присущ так называемый синдром опережения: то есть они, как правило, начинают болеть ЯБ раньше, чем их родители и близкие родственники.

Генетические факторы, которые способствуют возникновению ЯБ:

- высокий уровень максимальной секреции соляной кислоты;
- увеличения числа париетальных клеток и их повышенная чувствительность к гастрину;
- дефицит ингибитора трипсина;
- дефицит фукомукопротеидов;
- повышенное содержимое пепсиногена в сыворотке крови и мочи;
- избыточная выработка гастрина в ответ на стимуляцию;
- гастродуоденальная дисмоторика - продолжительная задержка пищи в желудке;
- повышение образования пепсиногена;
- недостаточность выработки секреторного Ig A и простагландинов;
- серологические маркеры крови: снижают резистентность слизистой оболочки желудка группа крови 0(1), положительный резус-фактор;
- наследственные маркеры гистосовместимости для ЯБ ДПК - HLA B5
- врожденный дефицит антитрипсина;
- отсутствие выделения с желудочным соком факторов системы ABO (риск ЯБ возрастает в 2,5 раза).
- Реализуется наследственная склонность при неблагоприятных влияниях: психоэмоциональных стрессах, грубых погрешностях в питании, вредных привычках (курении, злоупотреблении алкоголем, избыточном употреблении кофе). Важную роль в реализации наследственной склонности к ЯБ отводят нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС).

- В крайне упрощенном виде патологическую цепь возникновения ЯБ можем представить следующим образом:

1. При наличии ряда вышеперечисленных факторов риска происходит пероральное инфицирование НР с пищей, при эндоскопических манипуляциях, зондировании. Проникая через защитные пласты слизи, бактерия прикрепляется к эпителиальным клеткам, проникает у крипты и железы желудка, разрушает защитный пласт слизи и обеспечивает доступ желудочного сока к тканям. Основным фактором вирулентности НР считают фермент уреазу, которая расщепляет мочевину, присутствующую в интерстициальной жидкости и секрете желудка. При гидролизе мочевины образуются углекислый газ и аммиак. Аммиак повреждает эпителий, ощелачивает среду вокруг НР, создавая тем самым для него оптимальные условия. Ощелачивание эпителия приводит к повышению секреции гастрина, повышению агрессивных свойств желудочного сока и повреждению слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Вышеупомянутые события нарушают равновесие между факторами защиты, которые обеспечивают целостность СОЖ и активируют ульцерогенные факторы агрессии. Соотношение между факторами защиты и агрессии иллюстрирует известная схема Шея.

По С. Goodwin (1990) антральный НР гастрит и желудочная метаплазия в ДПК есть первая стадия развития ЯБ ДПК.

- Вторая стадия - нарушение механизма отрицательной обратной связи секреции гастрина, что ведет к гипергастринемии и гиперпродукции HCl.

Третья стадия - колонизация метаплазированного эпителия, дуоденит, разрушение защитного слоя муцина, язва. Четвертая стадия характеризуется чередующимися процессами язвообразования и репаративной регенерации, которая приводит к формированию новых участков метаплазии.

■

От язвенной болезни следует отличать симптоматические язвы (СЯ).

- Стрессовые СЯ при физических и психических травмах, ожогах, обморожениях, черепно-мозговых травмах - язвы Кушинга (Cushing ulcers), при ожогах - язвы Курлинга (Curling ulcers), шока. Для таких симптоматических язв характерна перфорация, кровотечения без боли.
- Медикаментозные язвы СЯ - осложнение терапии НПВС, кортикостероидами, цитостатиками, резерпином.
- Гепатогенные СЯ при циррозе печени, хроническом гепатите при нарушениях кровотока в воротной вене.
- Панкреатогенные СЯ вследствие нарушения поступления бикарбонатов в кишечник при одновременном повышении выброса кининов и гастрина.
- Эндокринные СЯ при гиперпаратиреозе (наблюдаются в 10%).
- Язвы при синдроме Золлингера-Эллисона - гастрин-продуцирующей опухоли в поджелудочной железе.

Классификация

- В отечественной педиатрической практике наиболее часто применяется классификация ЯБ по Мазуриным А.В. и соавт. (1984), с дополнениями по этиологическому фактору.
- 1. **Клинико-эндоскопическая стадия:** острая язва; начало эпителизации; заживление язвенного дефекта слизистой оболочки при имеющемся гастродуодените; клинико-эндоскопическая ремиссия.
- 2. **Фазы:** обострение; неполная клиническая ремиссия; клиническая ремиссия.
- 3. **Локализация:** желудок; двенадцатиперстная кишка (луковица; луковичный отдел); двойная локализация.
- 4. **Форма:** без осложнений; с осложнениями (кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз пилоруса, перивисцерит).
- 5. **Функциональная характеристика:** кислотность желудочного содержимого и моторика (повышенные, сниженные, в норме).
- 6. **Этиологическая характеристика:** *Helicobacter pylori* ассоциированная; *Helicobacter pylori* неассоциированная.

Клинические проявления ЯБ

- Ведущими признаками заболевания являются боль и диспептический (изжога, отрыжка кислым, тошнота, рвота) синдром.
- **Боль** возникает в верхней половине живота, околопупочной области. Характер болей: приступообразный, распирающий, пекущий, они возникают натощак (голодные боли), через 2-3 часа после приема пищи (у больных с язвой 12-типерстной кишки), уменьшаются после еды. У больных с язвой желудка боль возникает спустя полчаса - час после еды. Часто боли беспокоят ночью.
- **Изжога** – возникает вследствие заброса содержимого желудка в пищевод. Для нее характерно чувство жжение за грудиной. Может возникать после приема пищи.
- **Тошнота и рвота** связаны с повышением тонуса блуждающего нерва, усилением моторики желудка и гиперсекреции соляной кислоты. Рвота возникает на высоте боли, когда она максимально выражена. После рвоты наступает облегчение, боли исчезают или заметно ослабевают.
- У многих пациентов наблюдаются **запоры.**

- При длительном течении заболевания развиваются
- астения (слабость, недомогание, бессонница),
- эмоциональная лабильность.
- Снижение массы тела связано с ограничением в приеме пищи, из-за страха возникновения болей.
- Однако в последнее десятилетие изменились симптомы язвенной болезни. Появилось множество малосимптомных и атипичных вариантов пептической язвы.
- Боли нередко локализуются в правом подреберье, в проекции желчного пузыря, возможно появление болей в поясничной области, похожие на патологию почек (пиелонефрит, мочекаменная болезнь), в области сердца, за грудиной, как при заболевании сердца (стенокардия, инфаркт миокарда).
- Иногда заболевание проявляется только изжогой, без болевого синдрома. У 10% пациентов заболевание протекает без клинических симптомов, только когда наступают осложнения – появляются признаки заболевания.
- При возникновении частой рвоты, диареи, примеси крови в кале, резкой слабости необходимо пройти обследования, чтобы исключить осложнения или сопутствующие заболевания.

Клинические проявления осложнённой ЯБ

- **1. Стеноз привратника** проявляется ощущением полноты и болей в эпигастрии (область под мечевидным отростком), многократной рвотой съеденной накануне пищи, похуданием.
- **2. При кровотечении** из язвы появляется резкая слабость, бледность кожных покровов, рвота в начале цвета кофейной гущи, затем неизменной кровью со сгустками, черный, дегтеобразный стул (мелена), головокружение, падение артериального давления, потеря сознания.
- **3. Перфорация, прободения язвы** (прорыв язвы за пределы желудка или двенадцатиперстной кишки с выходом их содержимого в брюшную полость): внезапно возникающая острая кинжальная боль, локализуемая вначале в месте прободения, затем распространяющаяся по всему животу, доскообразное напряжение мышц живота, падение артериального давления.
- **4. Пенетрация** (распространение язвы за пределы стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в рядом лежащие органы – чаще поджелудочная железа, реже в печень, толстый кишечник, большой сальник): постоянные боли в верхней части живота с отдачей в спину, ключицу, плечо, не связанные с приемом пищи. Прием антацидов боль не купирует.
- **5. Малигнизация язвы** (злокачественное перерождение): общая слабость, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, резкая потеря массы тела, постоянные ноющие боли в животе, без четкой локализации.
- Во всех случаях появления осложнений необходима срочная консультация терапевта и хирурга.

Диагностика язвенной болезни.

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) с прицельной биопсией, диагностика НР-инфекции проводится с целью диагностики и через 3-4 недели после начала курса лечения при полной эпителизации язвы.

Эндоскопические критерии стадий ЯБ

- **Фаза обострения.**

- - а) I стадия - острая язва. На фоне выраженных воспалительных изменений СОЖ и ДПК - дефект (дефекты) округлой формы, окруженные воспалительным валом; выраженный отек. Дно язвы с наслоением фибрина.

- - б) II стадия - начало эпителизации. Уменьшается гиперемия, сглаживается воспалительный вал, края дефекта становятся неровными, дно язвы начинает очищаться от фибрина, намечается конвергенция складок к язве.

- **Фаза неполной ремиссии.**

- в) III стадия - заживление язвы. На месте репарации - остатки грануляций, рубцы красного цвета разнообразной формы, с деформацией или без нее. Сохраняются признаки активности гастродуоденита.

- **Ремиссия**

- Полная эпителизация язвенного дефекта (или "спокойный" рубец), отсутствуют признаки сопутствующего гастродуоденита.

- 2. Исследование биоптата:
 - быстрый уреазный тест – экспресс диагностика *Helicobacter pylori*;
 - морфологическое исследование – для диагностики *Helicobacter pylori*, состояние слизистой оболочки, злокачественные изменения, исключения редких причин пептических язв,
 - бактериологический метод. Позволяет определить чувствительность к антибиотикам *Helicobacter pylori*.
- 3. Тест на наличие *Helicobacter pylori* – строго обязателен у каждого больного с пептической язвой. Достаточно одного из метода исследования: дыхательный «С» - уреазный тест, stool – test (определение антигена *Helicobacter pylori* в кале).
Результаты могут быть ложноотрицательными под влиянием приема лекарственных препаратов
(антибиотиков, препаратов висмута, ингибиторов протоновой помпы).
- Проведение тестов возможно только через 4 недели после прекращения приема этих препаратов.



- 4. Общий анализ крови (выявление анемии, воспалительных процессов).
- 5. Анализ кала на скрытую кровь – диагностика острой и хронической кровопотери.
- 6. Рентгенологическое исследование желудка – при подозрении на наличие осложнений, прежде всего – при стенозе выходного отдела желудка.
- 7. УЗИ органов брюшной полости – для выявления сопутствующей патологии, осложнений.
- 8. Исследование секреторной функции желудка (интрагастральная рН метрия) – имеет значение для выбора оптимальной схемы лечения.
- 9. Коагулограмма - снижение факторов свертывающей системы крови.
- Консультация специалистов.
- Обязательная:
 - терапевта;
 - гастроэнтеролога.
- По показаниям:
 - хирурга – при осложненных пептических язвах (перфорация, кровотечение, стеноз);
 - онколога – при подозрении на малигнизацию (злокачественное перерождение) желудка.

- **При проведении прицельной биопсии проводится**
- 1. экспресс-диагностика НР;
- 2. гистологическая и микробиологическая диагностика НР;
- 3. гистологическая (цитологическая) верификация диагноза,
- 4. проводится дифференциальная диагностика с острыми язвами.

Рентгенологическое обследование в настоящее время носит вспомогательный характер.

- Используется преимущественно для диагностики моторно-эвакуаторных нарушений, дуоденостаза, рубцово-язвенных деформаций желудка и ДПК.
- С диагностической целью при абсолютных противопоказаниях к эндоскопии. Рентгенологические критерии язвы: симптом "ниши", конвергенция складок.
- **Ультразвуковое исследование органов брюшной полости**
- Исследование проводится однократно для скрининг диагностики сопутствующей патологии.

Лечение ЯБ

- Объем лечебных мероприятий зависит от локализации язвы (желудок или ДПК), фазы заболевания, тяжести течения, наличия осложнений, связи с НР, ведущих патогенетических механизмов и клинико-эндоскопического симптомокомплекса. Лечение амбулаторное или стационарное, а при наличии осложнений – только стационарное.
- 1. Режим. В первые недели пребывания в стационаре постельный или полупостельный режим.
 2. Питание 5-6 раз в день.
- Назначаются последовательно диетические столы № 1а, 1б, а потом N5. Учитывая маленькую калорийность вариантов диеты N1, выбор двигательного режима зависит от продолжительности её назначения. В основе диетотерапии ЯБ лежит принцип предотвращения термического, химического и механического раздражающего воздействия на язву. То есть исключается очень горячая или холодная пища, экстрактивные, пряные, блюда, грубая пища богатая пищевыми волокнами.
- При осложнении ЯБ кровотечением назначают диету Мейленграхта, куда входит пюре обогащенное белками, солями и витаминами.

Эрадикационная терапия

- При язвах, связанных с *Helicobacter pylori*, основной стратегией лечения является эрадикационная терапия (полная ликвидация бактерий).
- Это приводит к быстрому и качественному рубцеванию язвенных дефектов, а также снижает риск рецидивов заболевания.
- Эрадикационная терапия способна уничтожить бактерии в 80% случаев и практически не вызывает побочных действий (не более 5% случаев).
- Лечение проводят по стандартным схемам, в которых включены антибиотики, ингибиторы протоновой помпы (омепразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол), препараты висмута.
- Необходимую схему лечения, дозу препаратов, длительность лечения назначит только врач – терапевт, гастроэнтеролог.

Схемы эрадикационной терапии первая линия антихеликобактерной терапии

■ 1 вариант 3-х компонентная схема

- 1. ИПП (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг x 2 раза в день) и
- 2. Амоксициллин 1 г x 2 раза в день в сочетании
- 3. кларитромицин 500 мг x 2 раза в день или джозамицин 1000 мг x 2 раза в день или нифурантелем 400 мг x 2 раза в день в течение 10-14 дней.

■ 2 вариант 4-х компонентная схема

- 1 + 2. + 3 препараты см выше
- + 4. висмут трикалия дицитрат (де Нол) по 120 мг x 4 раза в день или 240 мг X 2 раза в день 10-14 дней

Схемы эрадикационной терапии

первая линия антихеликобактерной терапии

- **3 вариант при наличии атрофии слизистой оболочки желудка с ахлооргидрией, подтвержденной при рН-метрии без ИПП:**
 - 1. Амоксициллин 1 г x 2 раза в день в сочетании
 - 2. кларитромицин 500 мг x 2 раза в день или джозамицин 1000 мг x 2 раза в день или нифурантелем 400 мг x 2 раза в день в течение 10-14 дней
 - 3. висмут трикалия дицитрат (де Нол) по 120 мг x 4 раза в день или 240 мг X 2 раза в день 10-14 дней
- **4 вариант рекомендуется только пожилым больным в ситуациях, при которых полноценная терапия невозможна:**
 - **А)** ИПП + Амоксициллин + Де нол 14 дней
 - **Б)** де Нол 120 мг x 4 раза в день 28 дней
- **5 вариант при наличии поливалентной аллергии или при отказе от антибактериальной терапии:**
 - ИПП + 30% р-р прополиса по 100 мл x 2 раза в день натощак 14 дней

вторая линия антихеликобактерной терапии

- Проводится при отсутствии эрадикации Н.р. после лечения больных одним из вариантов терапии первой линии.
- **1 вариант классическая квадритерапия**
- 1. ИПП
- 2. Де Нол 120 мг x 4 раза в день
- 3. метронидазол 500 мг x 3 раза в день
- 4. тетрациклин 500 мг x 4 раза в день 10-14 дней
- **2 вариант**
- 1. ИПП
- 2. Амоксициллин 1000 мг x 2 раза в день
- 3. нифуратель 400 мг x 2 раза или фуразолидон 100 мг x 4 раза
- 4. Де Нол 240 мг x 2 раза в день 10-14 дней
- **3 вариант**
- 1. ИПП
- 2. амоксициллин 1000 мг x 2 раза
- 3. рифаксимин 400 мг x 2 раза
- 4. де Нол 120 мг x 4 раза в день 10-14 дней

Схемы эрадикационной терапии третья линия антихеликобактерной терапии

- При отсутствии эрадикации Хеликобактер пилори после лечения препаратами второй линии рекомендуется подбор терапии только после определения чувствительности Хеликобактер пилори к антибиотикам.
- Через 4-6 недель после окончания лечения необходимо провести контроль за эрадикацией *Helicobacter pylori* с помощью дыхательного «С» - уреазного теста или stool – test (определения антигена Hp в кале). А при пептической язве желудка еще и контрольную ЭГДС.

- При *Helicobacter pylori* негативных язвах (когда бактерию не обнаруживают) основой лечения является назначение антисекреторных препаратов: ИПП или H₂-гистаминовых рецепторов (фамотидин).
- Локально действующие препараты применяются только для купирования болевого или диспептического синдромов и не составляют основу лечения. К ним относят антациды, препараты висмута, спазмолитики, прокинетики.
- Антациды (альмагель, маалокс, фосфалюгель, тальцид, рутацид) применяются как обволакивающие средства, устраняют изжогу, боль. Принимают препараты 3 раза в день через 1 ч после еды и 1 раз на ночь.
- При нарушении моторики желудка назначают прокинетики (домперидон).
- Препараты висмута (де Нол) повышают факторы защиты слизистой оболочки. Стул окрашивают в черный цвет.
- При болях назначают спазмолитики (мебеверин, дротаверин).
- При астеноневротических состояниях определяют психоэмоциональный статус, с последующим назначением соответствующих препаратов. Рекомендована консультация психотерапевта.

Реабилитация после лечения.

- Санаторно-курортное лечение является важным реабилитационным мероприятием. Ее назначают в неактивный период заболевания.
- Противопоказанием являются
 - - осложнения пептической язвы (злокачественное перерождение, стеноз привратника, кровотечение – в течение последних 6 месяцев),
 - - первые 2 месяца после оперативного лечения,
 - - тяжелая сопутствующая патология.
- Санаторно-курортное лечение включает широкий комплекс физиотерапевтических мероприятий, применение минеральных вод, направленных на нормализацию функций не только гастродуоденальной области, но и организма в целом.
- Показаны курорты: Железноводск, Ессентуки, курорты Закарпатья, Трускавец.

Профилактика язвенной болезни.

- Профилактические мероприятия заключаются в организации рационального режима труда и отдыха, отказ от вредных привычек, приема ульцерогенных лекарственных препаратов (НПВП, кортикостероиды, цитостатики).
- Пациенты, которые вынуждены принимать длительное время эти препараты, должны находиться под наблюдением терапевта. Профилактика проводится приемом ингибиторов протоновой помпы в необходимой дозировке.
- Диспансерному наблюдению подлежат пациенты с язвой желудка и атрофическим гастритом.
- При наличии атрофии слизистой оболочки желудка – повторные ЭГДС с биопсией для мониторинга возможности появления предраковых состояний 1 раз в 2 года.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЭРБ

- ГЭРБ спонтанное, регулярно повторяющееся забрасывание в пищевод желудочного либо дуоденального содержимого, что приводит к повреждениям дистального отдела пищевода и/или характерным симптомам (изжога, загрудинные боли, дисфагия).
- ГЭРБ является клиническим понятием и не всегда предполагает развитие рефлюкс-эзофагита.

ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ:

- НАРУШЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО МЕХАНИЗМА КАРДИИ - СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЖНЕПИЩЕВОДНОГО ЖОМА;
- ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЮКС ЖЕЛУДОЧНОГО ИЛИ ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО В ПИЩЕВОД, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ЧРЕЗМЕРНО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ХИМУСА СО СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА, ПРИВОДЯЩЕЙ К ЕЕ ВОСПАЛЕНИЮ;
- СНИЖЕНИЕ ПИЩЕВОДНОГО КЛИРЕНСА (рН ПИЩЕВОДА), ВЫЗВАННОГО НАРУШЕНИЯМИ МОТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ПИЩЕВОДА;
- СНИЖЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА.

ПАТОГЕНЕЗ ГЭРБ

- Однако даже если происходит заброс желудочного содержимого в пищевод, ГЭРБ развивается далеко не во всех случаях.
- Определенное значение имеет уровень секреции соляной кислоты, повышение которого, по данным ряда авторов, отмечается в 80 – 95% случаев.
- Роль кислотного-пептического фактора в развитии ГЭРБ подтверждается и высокой эффективностью антисекреторных препаратов в лечении таких больных.
- Иногда забрасываемое содержимое имеет не кислую, а щелочную реакцию. В этих случаях патогенетическое значение приобретает неблагоприятное действие желчных кислот на слизистую оболочку пищевода

ПАТОГЕНЕЗ ГЭРБ

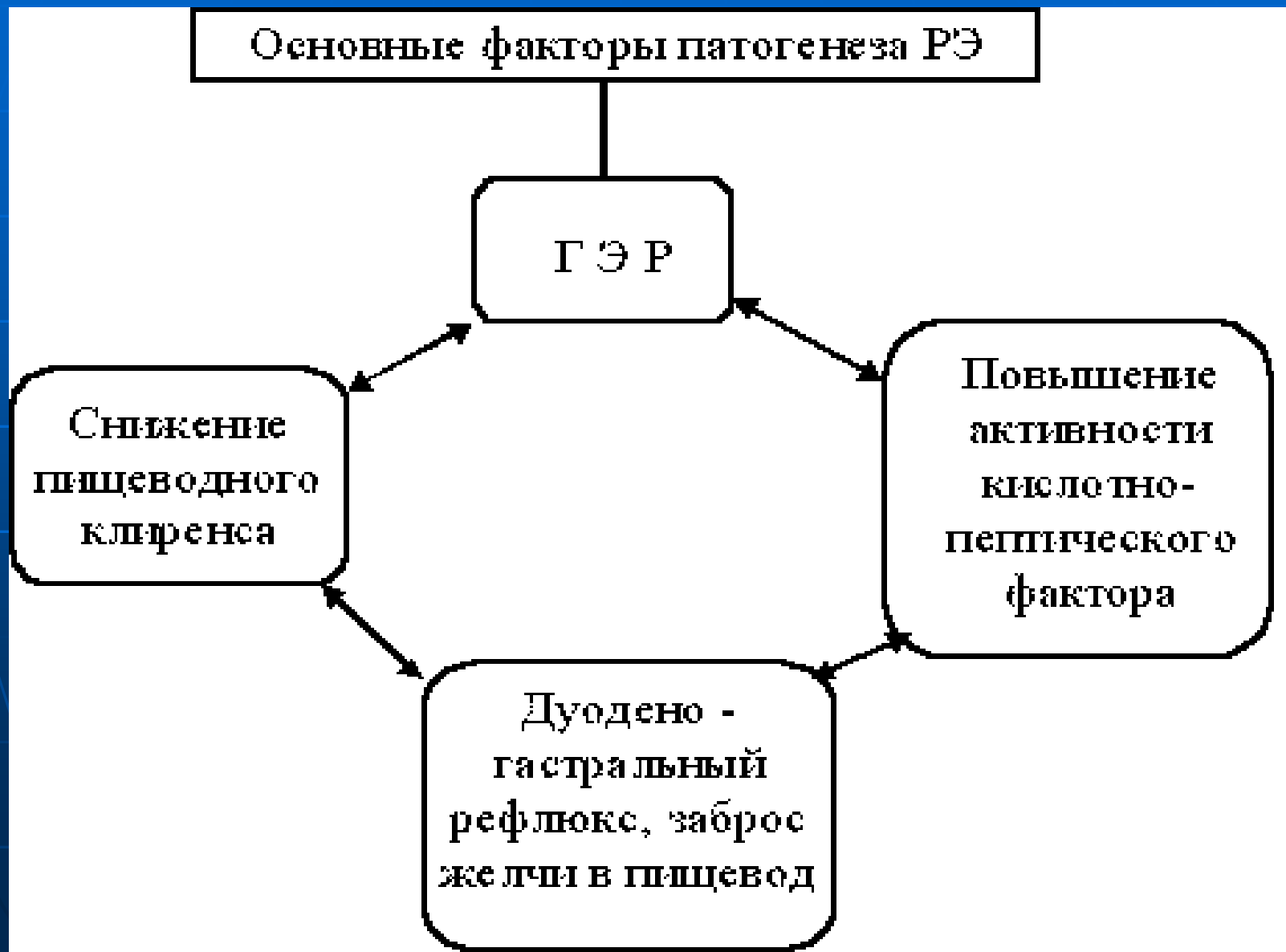
Основные факторы патогенеза РЭ

ГЭР

Снижение
пищеводного
клеренса

Повышение
активности
кислотно-
пептического
фактора

Дуодено -
гастральный
рефлюкс, заброс
желчи в пищевод



ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ГЭРБ:

- ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ СТРЕССЫ,
- ОЖИРЕНИЕ,
- ДЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАПОРЫ,
- СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ НАКЛОНЫ (ПОЗЫ "ПЬЮЩЕГО ИЗ РУЧЬЯ" ИЛИ "ОГОРОДНИКА"),
- БЕРЕМЕННОСТЬ (ЗА СЧЕТ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДЕЙСТВИЯ ПРОГЕСТЕРОНА, ПОНИЖАЮЩЕГО АКТИВНОСТЬ ПИЩЕВОДНОГО ЖОМА),

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ГЭРБ:

- КУРЕНИЕ,
- ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ,
- ПРИЕМ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВ: АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ, АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, БЕТА-БЛОКАТОРОВ, БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ, СНОТВОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ТЕОФИЛЛИНА И ДР.,
- ЧАСТОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ: ЖИРОВ, ШОКОЛАДА, КОФЕ, ФРУКТОВЫХ СОКОВ, АЛКОГОЛЯ, ОСТРЫХ ПРИПРАВ.

ДИАГНОСТИКА ГЭРБ

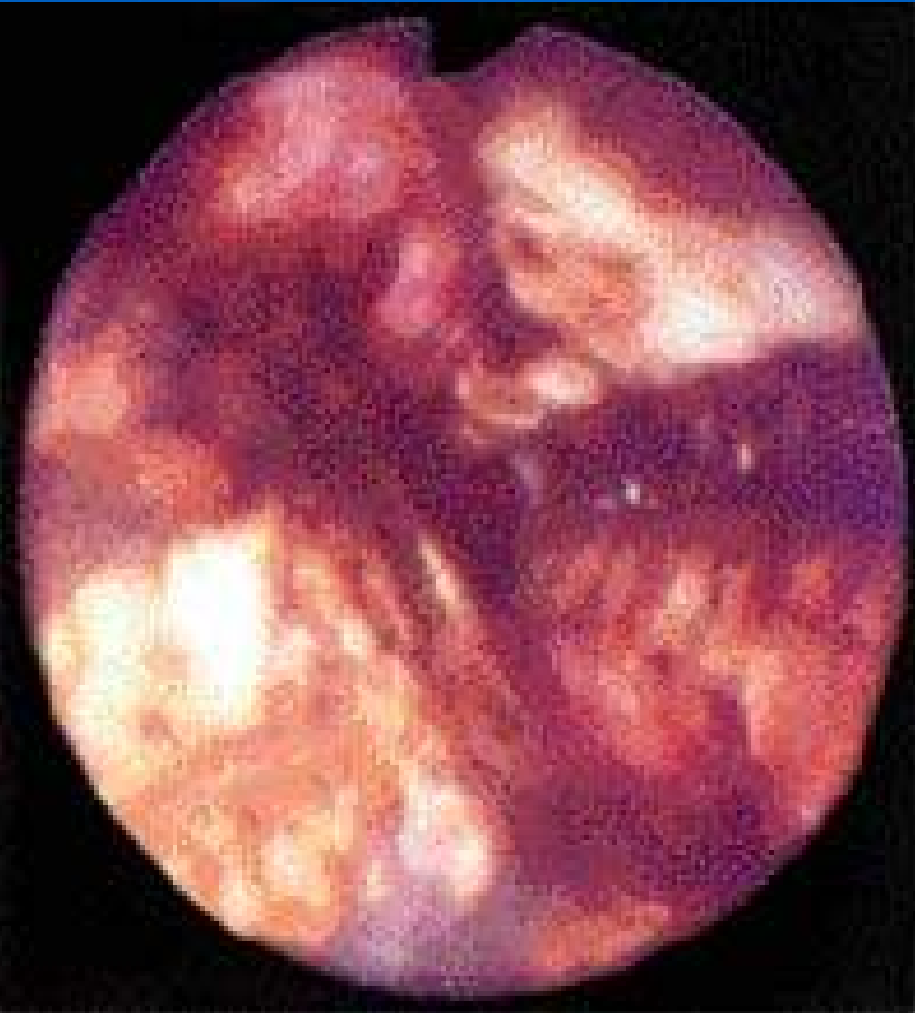
- ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГЭРБ - **ЭНДОСКОПИЯ**. С ЕЕ ПОМОЩЬЮ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НАЛИЧИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ОЦЕНИТЬ СТЕПЕНЬ ЕГО ТЯЖЕСТИ.
- В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЛУБИНЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА РАЗЛИЧАЮТ 4 СТЕПЕНИ ЭЗОФАГИТА. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ ИЗ НИХ III И IV СТЕПЕНИ, ПРИ КОТОРЫХ РАЗВИВАЮТСЯ ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НА БОЛЬШОМ ПРОТЯЖЕНИИ, ВСТРЕЧАЮТСЯ ХРОНИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА, СТЕНОЗИРОВАНИЕ И Т. Д.

ДИАГНОСТИКА ГЭРБ



**Рефлюкс-
эзофагит.
Выраженные
эрозивно-
язвенные
повреждения
всех отделов
пищевода**

ДИАГНОСТИКА ГЭРБ



Рефлюкс-
эзофагит у
больного с
варикозно
расширенными
венами пищевода

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПО SAVARY-MILLER (1993)

■ Степень тяжести рефлюкс-эзофагита	Признаки
I	Линейные эрозии, захватывающие менее 10% поверхности слизистой оболочки дистальной части пищевода
II	Сливные эрозии, захватывающие 10 – 50% поверхности дистальной части пищевода
III	Эрозии или язвы на всей (более 50%) поверхности дистального участка пищевода
IV	Формирование глубоких язв и пептических стриктур пищевода, Развитие цилиндрической метаплазии эпителия слизистой пищевода

ДИАГНОСТИКА ГЭРБ

- **ЭЗОФАГОТОНОКИМОГРАФИЯ (МАНОМЕТРИЯ)** ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТОНУСА НПС И СОСТОЯНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА.
- В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ТОНУСА НПС.
- МАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЭРБ СЛУЖИТ ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРА СОКРАЩЕНИЙ ПИЩЕВОДА И САМОГО СОКРАТИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА (СНИЖЕНИЕ АМПЛИТУДЫ, УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СОКРАЩЕНИЙ, НЕПРАВИЛЬНАЯ ФОРМА СОКРАТИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА).

ДИАГНОСТИКА ГЭРБ

- **РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПИЩЕВОДА** ФИКСИРУЕТ ЗАБРОС КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ИЗ ЖЕЛУДКА В ПРОСВЕТ ПИЩЕВОДА, НАЛИЧИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.
- РЕНТГЕНОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ - В РАЗНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ (ПОЛОЖЕНИЕ ТРЕНДЕЛЕНБУРГА И ДР.) МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ЭНДОСКОПИИ.

ДИАГНОСТИКА ГЭРБ

- В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КЛИРЕНСА ИСПОЛЬЗУЮТ **СЦИНТИГРАФИЮ ПИЩЕВОДА С РАДИОАКТИВНЫМ ТЕХНЕЦИЕМ**. ЗАДЕРЖКА ИЗОТОПА В ПИЩЕВОДЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 10 МИНУТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ЗАМЕДЛЕНИИ ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КЛИРЕНСА.
- ТЕСТ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭВАКУАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО.
- В РЯДЕ СЛУЧАЕВ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ЗАФИКСИРОВАТЬ РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННУЮ МИКРОАСПИРАЦИЮ

ДИАГНОСТИКА ГЭРБ

- В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ СТАЦИОНАРАХ ОСНОВНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЕТ **СУТОЧНОЕ PH-МОНИТОРИРОВАНИЕ**, ПОЗВОЛЯЮЩЕЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ ГЭРБ, ЗАДОЛГО ДО ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭЗОФАГИТА.
- ЭТОТ МЕТОД ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫЯВИТЬ ОБЩЕЕ ЧИСЛО ЭПИЗОДОВ РЕФЛЮКСА В ТЕЧЕНИЕ СУТОК И ИХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ (НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ПИЩЕВОДА СОСТАВЛЯЮТ 5,5 – 7,0, В СЛУЧАЕ РЕФЛЮКСА МЕНЕЕ 4).
- О НАЛИЧИИ ГЭРБ ГОВОРЯТ В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЭПИЗОДОВ ГЭР В ТЕЧЕНИЕ СУТОК БОЛЕЕ 50 ИЛИ ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНИЖЕНИЯ PH ДО УРОВНЯ МЕНЕЕ 4 ПРЕВЫШАЕТ 1 Ч

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЭРБ

- **Характерные**
 - Изжога, кислая регургитация, отрыжка, дисфагия
- **Ассоциированные**
 - Боли в эпигастрии, тошнота, вздутие живота, быстрое насыщение
- **Атипичные >60%**
 - «Коронарная маска» ГЭРБ в виде некоронарогенных болей в левой половине грудной клетки
- **Экстраэзофагеальные**
 - «Отоларингологическая маска» ГЭРБ: кашель, хриплый голос,
 - «Лёгочная маска» ГЭРБ: аспирационные пневмонии, приступы удушья (бронхоспазма)

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЭРБ

- ВТОРЫМ СИМПТОМОМ ГЭРБ МОГУТ БЫТЬ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ПО ХОДУ ПИЩЕВОДА, СОЗДАЮЩИЕ **"КОРОНАРНУЮ МАСКУ ГЭРБ"**.
- БОЛИ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЧАСТО НАПОМИНАЮТ СТЕНОКАРДИЮ, ОБУСЛОВЛЕННЫ СПАЗМОМ МЫШЦ ПИЩЕВОДА, КУПИРУЮТСЯ НИТРАТАМИ.
- В ОТЛИЧИЕ ОТ СТЕНОКАРДИИ ОНИ НЕ СВЯЗАНЫ С НАГРУЗКОЙ, ХОДЬБОЙ И ЭМОЦИЯМИ.
- В ПОЛОВИНЕ СЛУЧАЕВ У БОЛЕЕ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ВОЗМОЖНЫ СОЧЕТАНИЯ ГЭРБ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.
- У НЕКОТОРЫХ БОЛЬНЫХ С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ БОЛЕЙ ПРИХОДИТСЯ ДАЖЕ ПРИБЕГАТЬ К КОРОНАГРАФИИ.

"КОРОНАРНАЯ МАСКА ГЭРБ".

- ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ БОЛЕЙ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ЗА ГРУДИНОЙ, ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ, БОЯЗНЬ ПРИЕМА ПИЩИ ИЗ-ЗА УСИЛЕНИЯ БОЛЕЙ.
- ВЕЧЕРОМ И НОЧЬЮ ПАЦИЕНТЫ ОТМЕЧАЮТ НЕСТЕРПИМЫЕ ЖГУЧИЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДИ, УСИЛИВАВШИЕСЯ В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ.
- ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТЕСНАЯ СВЯЗЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ПРИЕМОМ ПИЩИ, ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА И УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОТ ПРИЕМА СПАЗМОЛИТИКОВ И НИТРОГЛИЦЕРИНА.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЭРБ

- ЕЩЕ ОДНОЙ МАСКОЙ ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ **ЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ.**
- У РЯДА БОЛЬНЫХ В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИВАЮТСЯ АСПИРАЦИОННЫЕ ПНЕВМОНИИ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. В ОБОИХ СЛУЧАЯХ РЕГУРГИТАТ ГЛУБОКО ПРОНИКАЕТ В ВОЗДУХОНОСНЫЕ ПУТИ.
- ЧАЩЕ ИМЕЕТ МЕСТО НОЧНАЯ АСПИРАЦИЯ И ПРИ ПОПАДАНИИ НЕОБЫЧНОГО СОДЕРЖИМОГО В БРОНХИ РАЗВИВАЕТСЯ СТОЙКИЙ БРОНХОСПАЗМ.
- ПРИ ЭТОМ ПЕРВЫЕ ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ ВОЗНИКАЮТ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ, БЕЗ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ, АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СТИГМ, ВКЛЮЧАЯ ЭОЗИНОФИЛИИ.

ГЭРБ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ

- ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЖКТ) ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ (БА) ВСТРЕЧАЕТСЯ ВЕСЬМА ЧАСТО.
- ПРИСТУП удушья, СВЯЗАННЫЙ С АСПИРАЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО, ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ OSLER В 1892 Г. ИССЛЕДОВАНИЯ MENDELSON (1946), FRIEDLAND (1966) ПОЛОЖИЛИ НАЧАЛО ДАЛЬНЕЙШЕМУ ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ,
- ПРИ ЭТОМ БЫЛ ВВЕДЕН ТЕРМИН **“РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННАЯ АСТМА”**. MANSFIELD И STEIN ВЫЯВИЛИ СНИЖЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ФОНЕ ИЗЖОГИ (ОДНОГО ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЭРБ), ЧТО ПОЗЖЕ БЫЛО ПОДТВЕРЖДЕНО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО.
- В 40 – 80% СЛУЧАЕВ ГЭРБ РЕГИСТРИРУЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (А.Г.ЧУЧАЛИН, 2003).

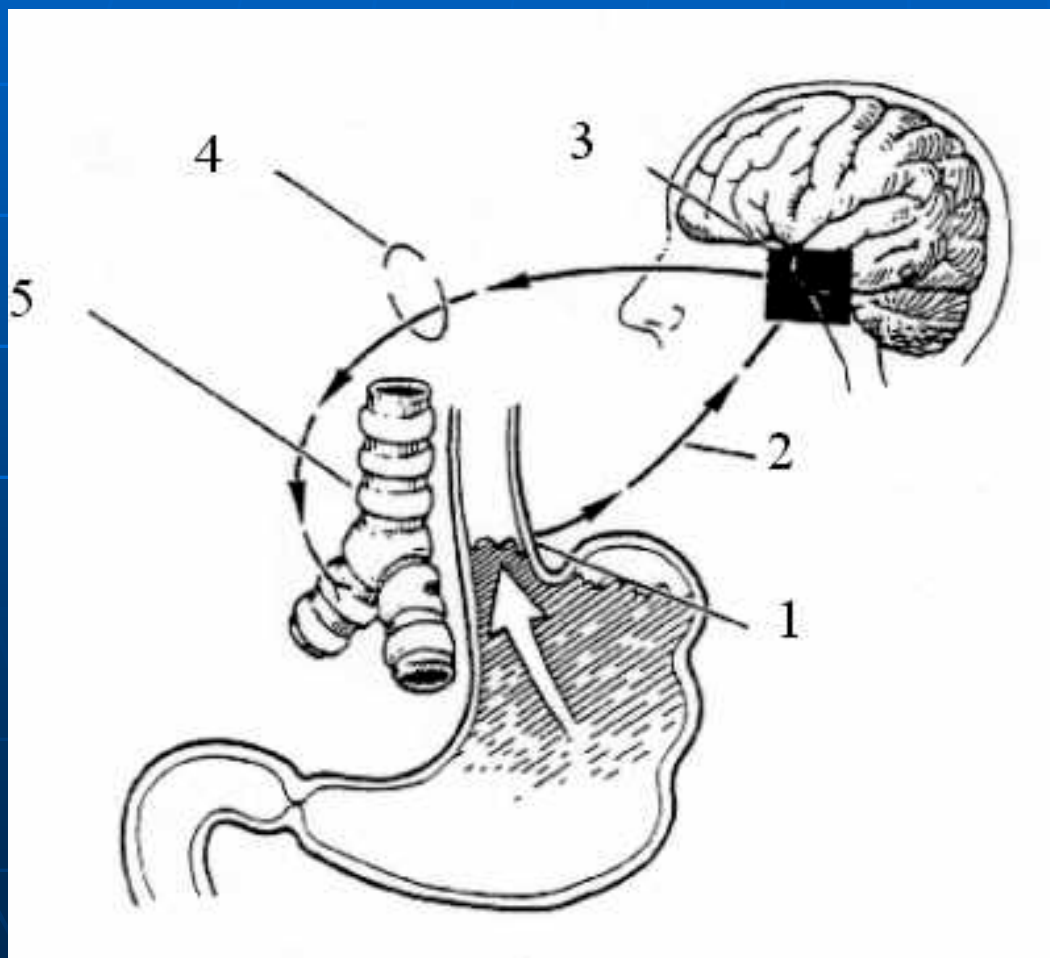
ГЭРБ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ

- ОСОБЕННОСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ГЭРБ ПРИ БА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕГОЧНЫХ СИМПТОМОВ НАД ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА.
- В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ПАЦИЕНТЫ УКАЗЫВАЮТ, ЧТО УСИЛЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАТОЛОГИИ ЖКТ ПРЕДШЕСТВУЕТ ОБОСТРЕНИЮ БА.
- ЧАСТО ПОЗДНИЙ УЖИН, ОБИЛЬНАЯ ЕДА МОГУТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ИЗЖОГУ, ОТРЫЖКУ И Т. Д.), А ЗАТЕМ И РАЗВИТИЕ ПРИСТУПА УДУШЬЯ.

ПАТОГЕНЕЗ ЛЁГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ГЭРБ

- СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ, ПАТОГЕНЕЗ ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ И БА, ВОЗНИКАЮЩИХ НА ФОНЕ ГЭРБ, СВЯЗАН С ДВУМЯ МЕХАНИЗМАМИ:
- ПЕРВЫЙ – РАЗВИТИЕ БРОНХОСПАЗМА В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАБРОСА ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО В ПРОСВЕТ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА;
- ВТОРОЙ – ИНДУЦИРОВАНИЕ ПРИСТУПА УДУШЬЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ СТИМУЛЯЦИИ ВАГУСНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПИЩЕВОДА

Механизм развития рефлюкс-индуцированного бронхоспазма.



Эзофагеальные рецепторы (1), реагируя на заброс желудочного содержимого, активируют рефлекторную дугу – вагусные афферентные волокна (2), ядро вагуса (3), эфферентные волокна (4). Влияние на бронхиальное дерево (5) проявляется в виде рефлекторного кашля или бронхоспазма.

КЛИНИЧЕСКИЙ СПЕКТР ГЭРБ

НЭРБ >60%

не эрозивная рефлюксная болезнь
синоним - эндоскопически негативная
рефлюксная болезнь

Эрозивный эзофагит 37%

Осложнения:

- Язва пищевода,
- кровотечение,
- Пептическая стриктура

Пищевод Барретта 3%

- Аденокарцинома пищевода

Лечение ГЭРБ

- Изменение стиля жизни
- Медикаментозное лечение:
антисекреторная терапия ИПП
(ингибиторы протонной помпы), тактика
применения прерывистых курсов лечения
и лечения «по требованию»
- Хирургическое антирефлюксное лечение
- Эндоскопическое антирефлюксное
лечение

ИЗМЕНЕНИЕ СТИЛЯ ЖИЗНИ

- Общие рекомендации по режиму и диете предусматривают частое и дробное питание (5-6 раз в день), прием механически и химически щадящей пищи, последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3-4 часа до сна, необходимо избегать употребление продуктов, усиливающих ЖПР.
- Целесообразен отказ от курения и алкоголя. Рекомендуется спать на кровати, головной конец которой приподнят на 20 см.

Лечение ГЭРБ

- **АНТАЦИДНАЯ ТЕРАПИЯ** ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬ СНИЗИТЬ КИСЛОТНО-ПРОТЕОЛИТИЧЕСКУЮ АГРЕССИЮ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА.
- ИЗ ПРЕПАРАТОВ ЭТОЙ ГРУППЫ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ЗАСЛУЖИВАЮТ МААЛОКС И ФОСФАЛЮГЕЛЬ (1 – 2 ПАКЕТА 2 – 3 РАЗА В СУТКИ), А ТАКЖЕ ГАСТАЛ (2 ТАБЛЕТКИ 2 – 3 РАЗА В СУТКИ).
- АНТАЦИДЫ МЫ РЕКОМЕНДУЕМ ПРИНИМАТЬ ЧЕРЕЗ 40-60 МИНУТ ПОСЛЕ ЕДЫ И НА НОЧЬ. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ АНТАЦИДЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛУЧАЕВ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ИЗЖОГИ, НО НЕ ИГРАЮТ НИКАКОЙ РОЛИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭЗОФАГИТА.
- **ПРОКИНЕТИКИ** - ПРЕПАРАТЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА КОРРЕКЦИЮ МОТОРИКИ - ОДНОГО ИЗ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ГЭРБ.
- ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ МЕТОКЛОПРАМИД, СУЛЬПИРИД, МОТИЛИУМ И ДР. ПРЕПАРАТЫ, ЭФФЕКТИВНО УМЕНЬШАЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РЕФЛЮКСА, НО ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ЭЗОФАГИТА СОМНИТЕЛЬНА.

Лечение ГЭРБ

- КОРРЕКЦИЯ МОТОРИКИ КАК ОДНОГО ИЗ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ГЭРБ УСПЕШНО ДОСТИГАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ **ПРОКИНЕТИКОВ**.
- К ЭТОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ДОМПЕРИДОН (**МОТИЛИУМ**) – ГАСТРОКИНЕТИК II ПОКОЛЕНИЯ.
- МОТИЛИУМ ПОВЫШАЕТ ТОНУС НПС, УСКОРЯЕТ ЭВАКУАЦИЮ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО, ОКАЗЫВАЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПИЩЕВОДНЫЙ КЛИРЕНС, УМЕНЬШАЕТ ГЭР. НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТ ПО 1 ТАБЛЕТКЕ (10 МГ) 3 РАЗА В ДЕНЬ ЗА 15 – 20 МИН ДО ЕДЫ, ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ 10 МГ НА НОЧЬ.
- ПЕРСПЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ ЦИЗАПРИД (КООРДИНАКС) – ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ПРОКИНЕТИК ПРИНЦИПАЛЬНО НОВОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ УСИЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ВЫСВОБОЖДЕНИЯ АЦЕТИЛХОЛИНА НА УРОВНЕ МИЭНТЕРАЛЬНОГО НЕРВНОГО СПЛЕТЕНИЯ.
- ЦИЗАПРИД ПОВЫШАЕТ ДАВЛЕНИЕ НПС, УВЕЛИЧИВАЕТ АМПЛИТУДУ СОКРАЩЕНИЙ ПИЩЕВОДА И УСКОРЯЕТ ЭВАКУАЦИЮ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО, ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДОЗЕ 10 МГ 2 – 4 РАЗА В ДЕНЬ .

Лечение ГЭРБ

- ПРОКИНЕТИКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗЖОГОЙ И СООТВЕТСТВУЮЩИМИ ДИСПЕПТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ (ВЗДУТИЕ, ТОШНОТА, РВОТА) ИЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИХ В КОМБИНАЦИИ С АНТИСЕКРЕТОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.
- СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ О ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОКИНЕТИКОВ - УТОМЛЯЕМОСТЬ, СОНЛИВОСТЬ, ТРЕВОГА, ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВСТРЕЧАЮТСЯ У 10%-30% ПАЦИЕНТОВ (RICHTEK, 2000).

Лечение ГЭРБ

- У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ЗАБРОСОМ ИЗ ЖЕЛУДКА И СОДЕРЖИМОГО ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ПРЕПАРАТЫ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ (**УРСОСАН**).
- УРСОСАН ОБРАЗУЕТ С ТОКСИЧНЫМИ ЖК МИЦЕЛЛЫ (ОБЕВРЕЖИВАЯ ЖК) И НЕЙТРАЛИЗУЕТ НЕГАТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ РЕФЛЮКТАТА НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ.
- ПРЕПАРАТЫ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ (**УРСОСАН**) ОБЛАДАЮТ ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ В ОТНОШЕНИИ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА.

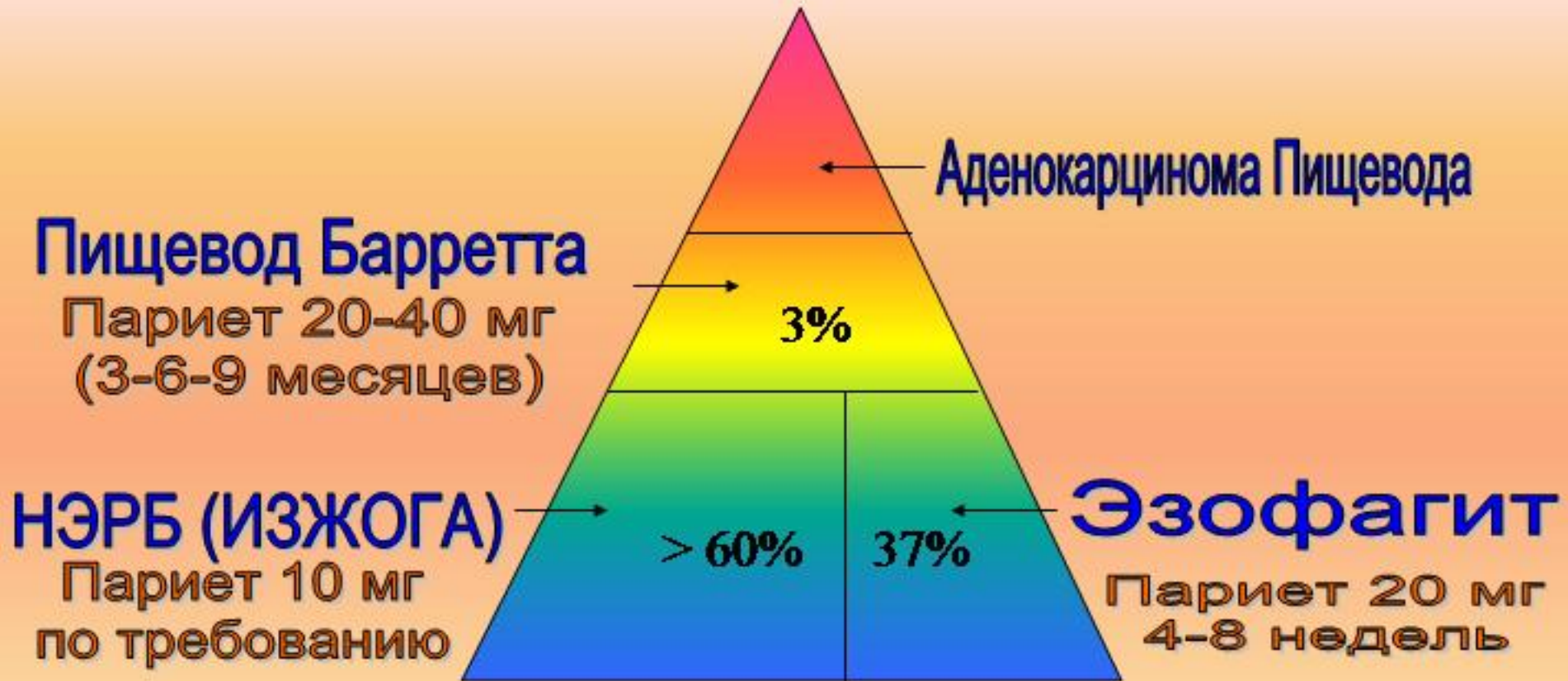
Лечение ГЭРБ

- ЦЕЛЬ **АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ ГЭРБ** УМЕНЬШИТЬ ПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ КИСЛОГО ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПИЩЕВОДА. ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛУЧИЛИ БЛОКАТОРЫ H₂-РЕЦЕПТОРОВ (РАНИТИДИН, ФАМОТИДИН).
- **H₂-БЛОКАТОРЫ** НАЗНАЧАЕМ В ОСНОВНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНЫХ ФОРМ ЭЗОФАГИТА.
- ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНЫМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОНИ ЧАСТО ОКАЗЫВАЮТСЯ НЕДОСТАТОЧНО ЭФФЕКТИВНЫМИ ДАЖЕ ПРИ ПРИЕМЕ УДВОЕННЫХ ДОЗ.
- МНОГОЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ПОКАЗАЛИ, ЧТО ЗАЖИВЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА ПРОИСХОДИТ В 65 – 75% СЛУЧАЕВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ 8-НЕДЕЛЬНОГО КУРСА ТЕРАПИИ.
- РАНИТИДИН (300 МГ) И ФАМОТИДИН (40 МГ) НАЗНАЧАЮТСЯ ОДНОКРАТНО ВЕЧЕРОМ ПОСЛЕ УЖИНА (НЕ ПОЗДНЕЕ 20 Ч).
- ДЛИТЕЛЬНО ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ В ПОЛОВИННОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Лечение ГЭРБ

- **ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ** - КЛАСС ЛЕКАРСТВ, КОТОРЫЕ СИЛЬНО УГНЕТАЮТ ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ ПАРИЕТАЛЬНЫМИ КЛЕТКАМИ.
- ИССЛЕДОВАНИЯ (LTITE, 1996; RICHTEK, 2000) ПОКАЗАЛИ, ЧТО ОНИ ПОЛНОСТЬЮ КУПИРУЮТ ПРИЗНАКИ РЕФЛЮКСА У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ЖПР В ПРЕДЕЛАХ 2 НЕДЕЛЬ, А ЗАЖИВЛЕНИЕ ЯЗВЕННОГО ЭЗОФАГИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСЛЕ 8 НЕДЕЛЬ У 80% ПАЦИЕНТОВ.
- ОДНАКО У НЕКОТОРЫХ АВТОРОВ ВЫЗЫВАЕТ БЕСПОКОЙСТВО, ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЭТИХ ПРЕПАРАТОВ, Т.К. ПРЕПАРАТЫ ЭТОЙ ГРУППЫ ВЫЗЫВАЮТ ГИПОХЛОРГИДРИЮ, НО НЕ АНАЦИДНОСТЬ, КОТОРАЯ СТИМУЛИРУЕТ ВЫРАБОТКУ ГАСТРИНА И БЫСТРОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЭНТЕРОХРОМАФИНЫХ КЛЕТОК В ФУНДАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА.

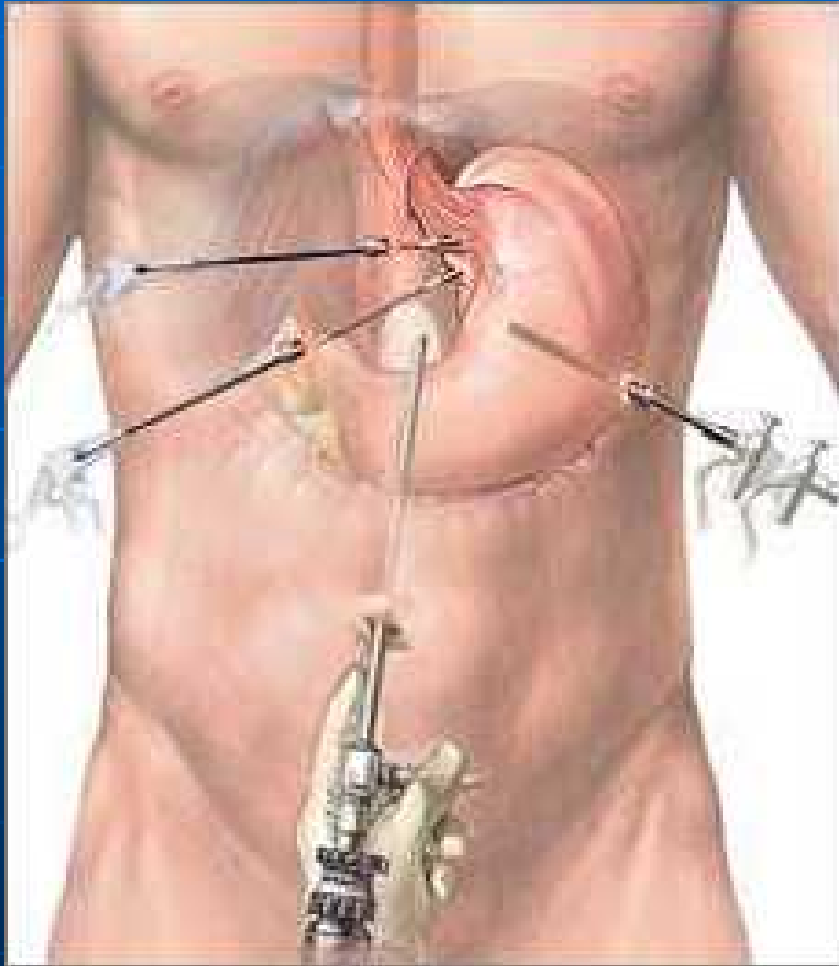
Пирамида ГЭРБ



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ

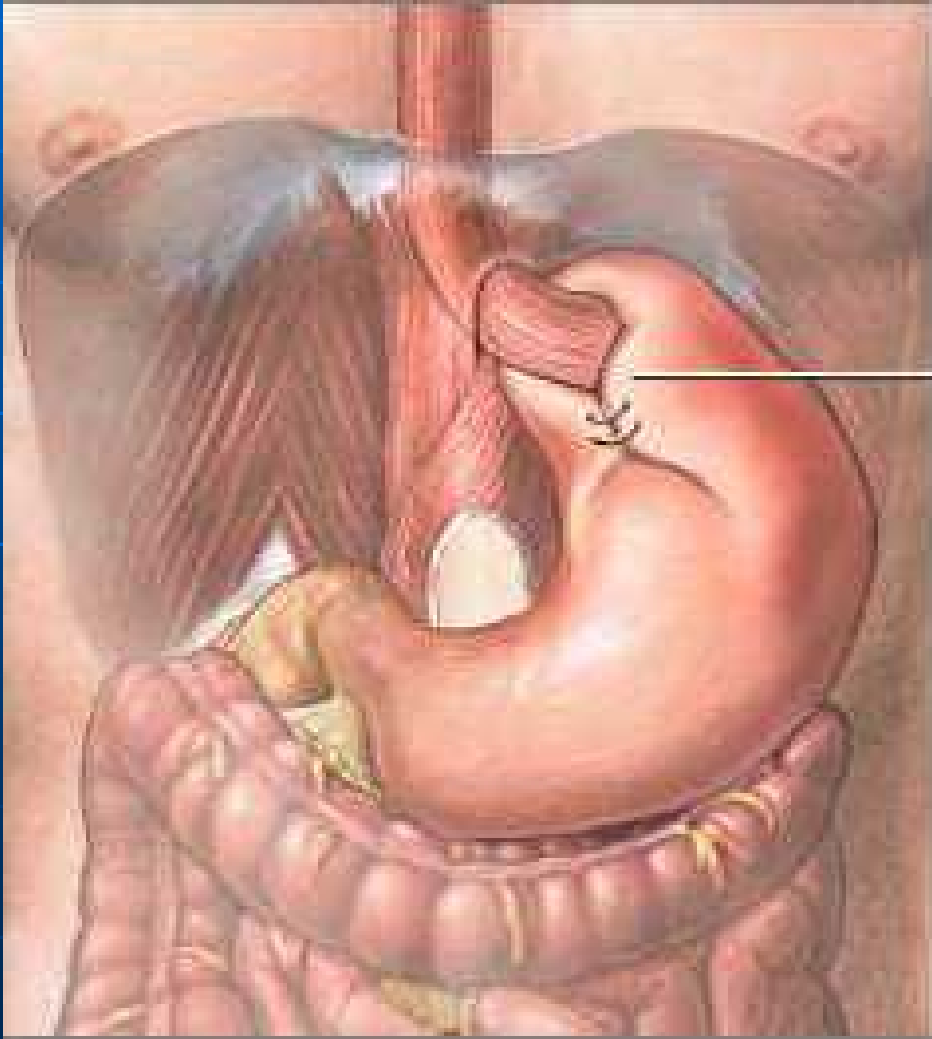
- В современной медицине существует два основных вида оперативного (хирургического) лечения ГЭРБ.
- Классическим **хирургическим пособием** при рефлюксной болезни считается операция по Ниссену-Розетти (1956), выполняемая так называемым "открытым способом", при котором производится лапаротомия - вскрытие брюшной полости.
- Существует и другой, более современный способ хирургического лечения рефлюксной болезни - **эндоскопический**, при котором вся операция проводится через несколько "проколов" в передней брюшной стенке.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ



Существует несколько типов эндоскопических операций, основной задачей которых является формирование искусственного сфинктера путем "окутывания" нижнего отдела пищевода верхними отделами желудка - так называемая "фундопликация".

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ



- Самой распространенной среди подобного рода операций является фундопликация по Ниссену.
- Эта операция дает превосходные результаты - вылечивает рефлюксную болезнь и исключает пожизненный прием препаратов, снижающих кислотность.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

- СРК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК КОМПЛЕКС ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ СВЫШЕ 12 НЕД ЗА ИСТЕКШИЙ ГОД, ВКЛЮЧАЮЩИЙ В СЕБЯ БОЛИ В ЖИВОТЕ, УМЕНЬШАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ, И ДИСПЕПТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (МЕТЕОРИЗМ, УРЧЕНИЕ, ПОНОСЫ, ЗАПОРЫ ИЛИ ИХ ЧЕРЕДОВАНИЕ, ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ КИШЕЧНИКА, ИМПЕРАТИВНЫЕ ПОЗЫВЫ НА ДЕФЕКАЦИЮ И ДР.).

Синдром раздраженного кишечника

- Распространенность СРК в большинстве стран мира велика и составляет 15–20%, при том что 2/3 лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются.
- Уровень культуры и социальное положение определяют частоту обращаемости населения по поводу СРК: в развитых странах она высока, и распространенность заболевания достигает 30%.
- Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст – 30–40 лет.
- Соотношение женщин и мужчин колеблется от 1:1 до 2:1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

СРК ЯВЛЯЕТСЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ РАССРОЙСТВОМ, В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ КОТОРОГО ЛЕЖИТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ 3-Х ОСНОВНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ:

- ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И
- СЕНСОРНО-МОТОРНОЙ ДИСФУНКЦИИ, Т.Е. НАРУШЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КИШЕЧНИКА.
- ТРЕТЬИМ ФАКТОРОМ, ЯВЛЯЕТСЯ СТОЙКИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, КОТОРЫЕ РАЗВИВАЮТСЯ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КИШЕЧНИКА И РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ СЕНСОРНО-МОТОРНОЙ ДИСФУНКЦИИ.

ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА СРК

- Изменение личности и психопатологического фона больного
- Плохая адаптация к условиям жизни и стрессовым ситуациям
- Снижения порога болевой чувствительности
- Нарушения моторной и секреторной функций кишечника

В.Т. Ивашкин, 2002

Синдром раздраженного кишечника



КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СРК - КРИТЕРИИ МЭННИНГА

- БОЛЬ ВНИЗУ ЖИВОТА, ПРОХОДЯЩАЯ ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ
- УЧАЩЕНИЕ СТУЛА, ВОЗНИКАЮЩЕЕ С НАЧАЛОМ СИНДРОМА БОЛИ
- ПОЯВЛЕНИЕ ЖИДКОГО СТУЛА С НАЧАЛОМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
- ВИДИМОЕ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА
- ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ С КАЛОМ
- ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ

«РИМСКИЕ КРИТЕРИИ» СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

БОЛИ И/ИЛИ ДИСКОМ- ФОРТ В ЖИВОТЕ:

- ПРОХОДЯТ ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ
- СВЯЗАНЫ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ЧАСТОТЫ СТУЛА (ЗАПОРАМИ, ПОНОСАМИ ИЛИ ИХ ЧЕРЕДОВАНИЕМ)
- СВЯЗАНЫ С ИЗМЕНЕНИЯМИ КОНСИСТЕНЦИИ КАЛА

ДВА ИЛИ БОЛЕЕ СИМПТОМОВ НА ПРОТЯЖЕНИИ 25% ВРЕМЕНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ СТУЛА (ЧАЩЕ ЧЕМ 3 РАЗА В ДЕНЬ ИЛИ РЕЖЕ ЧЕМ 3 РАЗА В НЕДЕЛЮ)
- ИЗМЕНЕНИЯ КОНСИСТЕНЦИИ КАЛА (ЖИДКИЙ, ТВЕРДЫЙ)
- ИЗМЕНЕНИЯ АКТА ДЕФЕКАЦИИ
- ИМПЕРАТИВНЫЕ ПОЗЫВЫ
- НЕПОЛНОЕ ОПОРОЖНЕНИЕ КИШКИ
- ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСИЛИЯ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ
- ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ С КАЛОМ
- ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, МЕТЕОРИЗМ
- УРЧАНИЕ В ЖИВОТЕ

СИМПТОМЫ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ДИАГНОЗ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

- НЕМОТИВИРОВАННАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА
- НОЧНАЯ СИМПТОМАТИКА
- ПОСТОЯННЫЕ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ КАК ЕДИНСТВЕННЫЙ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ
- НАЧАЛО В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ
- РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ У РОДСТВЕННИКОВ

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- ЛИХОРАДКА
- ИЗМЕНЕНИЯ В СТАТУСЕ (ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И ДР.)

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

- КРОВЬ В КАЛЕ
- ЛЕЙКОЦИТОЗ
- АНЕМИЯ
- УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ
- ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИИ КРОВИ

КРИТЕРИИ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЬНЫХ С СРК

1. СРК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ДИАРЕЕЙ:
 - ТРИ И БОЛЕЕ АКТОВ ДЕФЕКАЦИИ В ДЕНЬ;
 - НЕОФОРМЛЕННЫЙ ИЛИ ВОДЯНИСТЫЙ СТУЛ;
 - СРОЧНЫЕ АКТЫ ДЕФЕКАЦИИ.
2. СРК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМИ ЗАПОРАМИ:
 - ТРИ И МЕНЕЕ АКТОВ ДЕФЕКАЦИИ В НЕДЕЛЮ,
 - ТВЁРДЫЙ ИЛИ ОВЕЧИЙ КАЛ;
 - ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСИЛИЯ ДЛЯ ДЕФЕКАЦИИ.
3. СРК С ПРЕОБЛАДАНИЕМ БОЛЕВОГО
СИНДРОМА.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СРК

1. НЕГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

- 50% БОЛЬНЫХ ИМЕЮТ ВЕГЕТАТИВНЫЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ – ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, МИГРЕНЬ, БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ЧУВСТВО КОМА В ГОРЛЕ, КАРДИАЛГИЮ, ПОХОЛОДАНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ, НЕУДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ВДОХОМ, СОНЛИВОСТЬ, БЕССОННИЦУ, РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДИЗУРИИ, ДИСМЕНОРЕЮ, ИМПОТЕНЦИЮ И Т.П.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СРК

2. 85% ПАЦИЕНТОВ С СРК ОТМЕЧАЮТ СИМПТОМЫ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖКТ:

- ЧУВСТВО ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАТРИИ, ТОШНОТУ, РВОТУ, ОТРЫЖКУ, ИЗЖОГУ. ГОРЕЧЬ ВО РТУ, ТЯЖЕСТЬ И БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, - КОТОРЫЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕННЫ СОЧЕТАННОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА – НЕЯЗВЕННОЙ ДИСПЕПСИЕЙ, БИЛЛЯРНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ И ДИСКИНЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СРК

3. У 30% БОЛЬНЫХ /ЧАЩЕ ИЗ ГРУППЫ «ПАЦИЕНТОВ СРК»/, ИМЕЮТСЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССРОЙСТВА:

- ДЕПРЕССИЯ,
- ТРЕВОЖНЫЙ СИНДРОМ,
- ФОБИЯ, ИСТЕРИЯ,
- ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ,
- ИПОХОНДРИЯ,
- СИНДРОМ СОМАТИЗАЦИИ И Т.П.

ДИАГНОСТИКА СРК

- ГЛАВНОЕ – ИСКЛЮЧЕНИЕ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖКТ!
- ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА СОЧЕТАНИЯ СИМПТОМОВ, ПАТОГНОМОНИЧНЫХ ДЛЯ СРК, НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ «ОПТИМУМА» ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ:
 1. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ;
 2. БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ;
 3. КОПРОГРАММА;
 4. ФГДС;
 5. УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ;
 6. СИГМОСКОПИЯ;
 7. ПОСЛЕ 45-50 ЛЕТ – ИРРИГОСКОПИЯ ИЛИ КОЛОНОСКОПИЯ.

ДИАГНОСТИКА СРК

ПРОЦЕСС ДИАГНОСТИКИ МОЖЕТ БЫТЬ УСЛОВНО РАЗДЕЛЕН НА НЕСКОЛЬКО ЭТАПОВ.

- I ЭТАП - ПОСТАНОВКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА СРК НА ОСНОВАНИИ СООТВЕТСТВИЯ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО "РИМСКИМ КРИТЕРИЯМ 1 ИЛИ II".
- II ЭТАП - ВЫДЕЛЕНИЕ ДОМИНИРУЮЩЕГО СИМПТОМА (БОЛЬ, ДИАРЕЯ, ЗАПОР).
- III И IV ЭТАПЫ ВКЛЮЧАЮТ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ДЛЯ ЭТОГО ПРОВОДИТСЯ "ОПТИМУМ" ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ, КУДА ВХОДЯТ: КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, КОПРОГРАММА, ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ, УЗИ, СИГМОСКОПИЯ, В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 45 ЛЕТ - ИРРИГОСКОПИЯ ИЛИ КОЛОНОСКОПИЯ.

ДИАГНОСТИКА СРК

- V ЭТАП - НАЗНАЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ НА 3-6 НЕД.
- VI ЭТАП - ПРИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ СТАВИТСЯ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СРК, ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ РЕШАЕТСЯ ВОПРОС О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНО ДЛЯ КАЖДОГО БОЛЬНОГО С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА.

ДИАГНОСТИКА СРК

- ПРИ ОТСУТСТВИИ ДАННЫХ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИХ О НАЛИЧИИ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПАЦИЕНТУ НАЗНАЧАЮТ 3-6 НЕДЕЛЬНЫЙ КУРС ЛЕЧЕНИЯ.
- В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ЭФФЕКТА ОТ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМ ПЕРЕСМОТР ДИАГНОЗА НА ОСНОВАНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:
 1. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ;
 2. ЛАКТОЗНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ;
 3. КОЛОНОСКОПИЯ С БИОПСИЕЙ;
 4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУТОЧНОЙ ПОТЕРИ ЖИРА С КАЛОМ (В НОРМЕ ДО 15 Г/СУТКИ);
 5. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧИ И ДР.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СРК

- РЕАКЦИЯ НА ПРОДУКТЫ (КОФЕ, АЛКОГОЛЬ, ЖИРНАЯ ПИЩА, МОЛОКО, ОВОЩИ, ЧЁРНЫЙ ХЛЕБ И ДР.), ОБИЛЬНЫЙ ПРИЁМ ПИЩИ, ИЗМЕНЕНИЕ ПРИВЫЧЕК ПИТАНИЯ.
- РЕАКЦИЯ НА ПРИЁМ ЛЕКАРСТВ (СЛАБИТЕЛЬНЫЕ, ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА, АНТИБИОТИКИ. ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ);
- КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ (БАКТЕРИАЛЬНЫЕ, АМЁБНЫЕ);
- ВОСПОЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШКИ (ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, БОЛЕЗНЬ КРОНА, МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ КОЛИТЫ);
- СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ (ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКИЙ, ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ, ЭНТЕРАЛЬНЫЙ);

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СРК

- СОСТОЯНИЯ ЦНС (ПЕРЕУТОМЛЕНИЕ, ИСПУГ, ВОЛНЕНИЕ, СТРЕСС, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАГРУЗКИ);
- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ (ДЕПРЕССИИ, СИНДРОМ ТРЕВОГИ, ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ);
- ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ТИРЕОТОКСИКОЗ);
- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЭНДОМЕТРИОЗ, ПОВТОРНЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ);
- ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН (ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. БЕРЕМЕННОСТЬ, КЛИМАКС);
- ПРОКТОАНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ (СИНДРОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ, РЕКТАЛЬНАЯ ЯЗВА).

ЛЕЧЕНИЕ СРК

(МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, 2002)

■ ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ СХЕМА ТЕРАПИИ СРК:

- 1-Я НЕД.: ПСИХОТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ (ПРОСУЛЬПИН, ФЕВАРИН), ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ + ПРЕПАРАТ, НОРМАЛИЗУЮЩИЙ МОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ДИЦИТЕЛ, ДЮСПАТОЛИН, МЕТЕОСПАЗМИЛ) + ФЕРМЕНТНЫЙ ПРЕПАРАТ (ПАНКРЕАТИН, МЕЗИМ) + ЭРСЕФУРИЛ И/ИЛИ МЕТРОНИДАЗОЛ.

ПРИ НАЛИЧИИ ЗАПОРА - ФОРЛАКС/ЛАКТУЛОЗА; ДИАРЕИ – ИМОДИУМ/СМЕКТА

- 2-Я НЕД.: ПСИХОТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ + ПРЕПАРАТ, НОРМАЛИЗУЮЩИЙ МОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА + ФЕРМЕНТНЫЙ ПРЕПАРАТ + ПРОБИОТИК.

- 3-Я НЕД.: ПСИХОТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ + ПРЕПАРАТ, НОРМАЛИЗУЮЩИЙ МОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА + ПРОБИОТИК.

- 4-Я НЕД.: ПСИХОТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ + ПРЕПАРАТ, НОРМАЛИЗУЮЩИЙ МОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ЛЕЧЕНИЕ СРК

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ.

- ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ СРК ИГРАЮТ РАЗЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ БЕСЕДЫ. ВРАЧ ДОЛЖЕН ПОДРОБНО РАССПРОСИТЬ БОЛЬНОГО ОБ УСЛОВИЯХ ЖИЗНИ, РАБОТЫ, ПИТАНИЯ, ПОСТАРАТЬСЯ ВЫЯСНИТЬ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ, ОБЪЯСНИТЬ ПАЦИЕНТУ, ЧТО У НЕГО НЕТ СЕРЬЕЗНЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ, А ЕСТЬ ТОЛЬКО НАРУШЕНИЯ ЕГО ФУНКЦИИ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ ПЕРЕУТОМЛЕНИЕМ, НЕРАЦИОНАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ, МАЛОПОДВИЖНЫМ ОБРАЗОМ ЖИЗНИ, СТРЕССОВЫМИ СИТУАЦИЯМИ.
- **ДОВЕРИЕ К ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ, УСТАНОВЛЕННОМУ ИМ ДИАГНОЗУ И НАЗНАЧЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ УСПЕХА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СРК.**

ЛЕЧЕНИЕ СРК

ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

- КАК УЖЕ БЫЛО СКАЗАНО ВЫШЕ, УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАКИХ ВИДОВ ПРОДОВОЛЬСТВИЯ, КАК ШОКОЛАД, КОФЕ, ЧЕЧЕВИЦА, БОБЫ, МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ, А ТАКЖЕ АЛКОГОЛЯ, МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПУСКОВЫМ МОМЕНТОМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ СИМПТОМОВ СРК, В СВЯЗИ С ЧЕМ ИХ ЖЕЛАТЕЛЬНО ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ РАЦИОНА.
- МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ПАЦИЕНТУ ВЕСТИ ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ "ПИЩЕВОЙ ДНЕВНИК", ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ ПРОДУКТЫ, КОТОРЫЕ ТАКЖЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ. С УЧЕТОМ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КИШКИ К РАСТЯЖЕНИЮ ПИЩУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИНИМАТЬ НЕБОЛЬШИМИ ПОРЦИЯМИ.
- ЕСЛИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ СРК ПРЕОБЛАДАЮТ ЗАПОРЫ, ТО ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ТРАНЗИТА СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ПАЦИЕНТАМ ОБОГАЩАТЬ ПИЩЕВОЙ РАЦИОН БАЛЛАСТНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ. ОДНАКО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ НЕ ДОКАЗЫВАЮТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН ПО СРАВНЕНИЮ С ПЛАЦЕБО.

ЛЕЧЕНИЕ СРК

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ЦЕЛЕСООБРАЗНА СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – ПРИМЕНЕНИЕ СПАЗМОЛИТИКОВ, АНТИДИАРЕЙНЫХ, СЛАБИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ. НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ НЕ СУЩЕСТВУЕТ ЖЕСТКОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭТИХ БОЛЬНЫХ.
- ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В КАЧЕСТВЕ СПАЗМОЛИТИКОВ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ. НАПРИМЕР, ХОЛИНОЛИТИКИ, ИЗБИРАТЕЛЬНО ВОЗДЕЙСТВУЮЩИЕ НА М3-ХОЛИНОРЕЦЕПТОРЫ (ГИОСЦИНА БУТИЛБРОМИД), АНТАГОНИСТЫ ХЦК (ЛОКСИГЛЮМИД), АНАЛОГИ СОМАТОСТАТИНА (ОКТРАПИД), АГОНИСТЫ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ (ДЕБРИДАТ), БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ – ПИНОВЕРИУМ БРОМИД (**ДИЦЕТЕЛ**) ПО 50 МГ 3 РАЗА В ДЕНЬ ВО ВРЕМЯ ЕДЫ.
- НЕКОТОРЫЕ ИЗ НИХ (В ЧАСТНОСТИ, ГИОСЦИНА БУТИЛБРОМИД) ОБЛАДАЮТ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ, ЛИМИТИРУЮЩИМИ ИХ ПРИМЕНЕНИЕ, ДРУГИЕ (АНТАГОНИСТЫ ХЦК, АНАЛОГИ СОМАТОСТАТИНА) НАХОДЯТСЯ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ.

ЛЕЧЕНИЕ СРК

- В ОТНОШЕНИИ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ, А ТАКЖЕ АНТАГОНИСТОВ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПОЛУЧЕНЫ ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ИХ ДОСТАТОЧНО ВЫСОКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ.
- ХОТЕЛОСЬ БЫ ОТМЕТИТЬ МИОТРОПНЫЙ СПАЗМОЛИТИК - **ДЮСПАТОЛИН** (ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО МЕБЕВЕРИНА ГИДРОХЛОРИД).
- ПО ХИМИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ МЕБЕВЕРИНА ГИДРОХЛОРИД - ПРОИЗВОДНОЕ МЕТОКСИБЕНЗАМИНА, ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ - БЛОКАТОР НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ. ПРЕПАРАТ ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ, ПРИВОДЯЩИХ К МЫШЕЧНОМУ СПАЗМУ, ВОЗДЕЙСТВУЯ ТЕМ САМЫМ НА ПОСЛЕДНЕЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ.
- **ДЮСПАТОЛИН** НАЗНАЧАЮТ ПО 200 МГ (1 КАПС) 2 РАЗА В ДЕНЬ ЗА 20 МИНУТ ДО ЕДЫ.

ПРОГНОЗ ПРИ СРК

- ПРОГНОЗ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В ЦЕЛОМ БЛАГОПРИЯТНЫЙ.
- РАЗВИТИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭТИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НЕ ВЫШЕ, ЧЕМ В ПОПУЛЯЦИИ. ОДНАКО КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТАЕТСЯ СНИЖЕННЫМ НА МНОГИЕ ГОДЫ.
- ПОЛНОСТЬЮ ИЗЛЕЧИВАЮТСЯ 10% ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕМИССИИ УДАЕТСЯ ДОСТИЧЬ У 30% БОЛЬНЫХ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!