

1. БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА

1.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Пусковым механизмом возникновения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является недостаточность нижнего сфинктера пищевода, который служит физиологическим клапаном, замыкает пищевод и предохраняет дистальную часть от забросов содержимого желудка.

В патогенезе ГЭРБ основное значение придают попаданию желудочного сока или содержимого полости двенадцатиперстной кишки в граничащий с желудком отдел пищевода. Вследствие этого в конечном его сегменте развиваются воспалительно-деструктивные изменения. Интенсивность последних определяет степень тяжести рефлюкс-эзофагита, варианты клинического течения.

Кроме этого, величину желудочно-пищеводного рефлюкса увеличивают повышенное внутрибрюшное или внутрижелудочное давление, наличие других заболеваний органов пищеварения, в первую очередь желудка, и дискинезия двенадцатиперстной кишки.

Больные с наличием ГЭРБ во всех случаях предъявляют жалобы на изжогу после еды или в промежутках между приемами пищи, несколько реже в ночное время. Изжога усиливается после приема жареной и острой пищи, посещения банкетов, в положении лежа, при наклонах вперед и вниз.

Реже пациенты отмечают различные жалобы: на отрыжку воздухом или кислым желудочным содержимым после еды, дисфагию,

ощущение тяжести или боли в подложечной области, горечь во рту.

Отдельной проблемой ГЭРБ является пищевод Барретта, для которого характерны метаплазия по тонкокишечному типу в дистальном отделе пищевода по биопсии, высокий риск дисплазии и рака.

Клиническая классификация (Лос-Анджелес, 1999) выделяет: эрозивную ГЭРБ (степень А, В, С, D), неэрозивную (без эзофагита), пищевод Барретта.

Основные методы исследования:

- видеофиброэзофагогастродуоденоскопия (учитывают гиперемия, отек, эрозии слизистой оболочки дистального отдела пищевода, берут цитологический материал, в том числе на *Helicobacter pylori* (НР), проводят биопсию);
- рентгенологическое исследование (обязательно в положении лежа, коленно-локтевом);
- рН-метрия нижней трети пищевода через 2 часа после еды, в положении сидя и с наклоном туловища вперед на 45°;
- другие по показаниям (холтеровское мониторирование, бронхоскопия, рентгенография легких и др.).

▼ ЛЕЧЕНИЕ ▼

1. Соблюдение принципов диеты № 5 с дробным режимом питания (5 раз в день), исключением легкоусвояемых углеводов (сахар, варенье, мед), манной каши, концентрированных фруктовых соков, свежей сдобы, газированных напитков, острого, кислого; последний прием пищи рекомендуют за 2 часа до ночного сна. Предписывают исключение наклонов туловища, физической нагрузки и горизонтального положения тела после еды (в течение 1,5–2 ч).

2. При неэрозивной форме или эрозивной ГЭРБ (степень А, В), декомпенсации кислотонейтрализующей функции антрального отдела желудка (рН антрального отдела < 4,0 ед.), кислотом или сильнокислотом желудке (рН тела < 3,0 ед.) рекомендуют применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) типа омепразола, лансопразола, рабепразола или пантопразола, эзомепразола (Нексиума по 40 мг 1 раз в сутки при эрозивном эзофагите, 20 мг 1 раз в сутки при неэрозивном эзофагите) в течение 4–8 недель.

2.1. При множественных эрозиях пищевода (степень С, D), язвах:

— эзомепразол (Нексиум) в дозе 40 мг 1 раз в сутки в течение 4 недель, затем по 20 мг 1 раз в сутки;

— плюс блокатор H_2 -гистаминорецепторов: фамотидин по 40 мг вечером в течение 3–4 недель; аналогичный подход при недостаточной эффективности монотерапии ИПП.

3. При неэрозивной форме ГЭРБ, пищеводе Барретта возможно самостоятельное применение блокатора H_2 -гистаминорецепторов: фамотидин по 40 мг вечером в течение 3–4 недель.

4. Поддерживающая терапия ГЭРБ после достижения результата заключается в назначении:

— при неэрозивной форме и эрозивной ГЭРБ степени А, В: ИПП типа омепразола, лансопразола, рабепразола или пантопразола, эзомепразола (Нексиума) в дозе 20 мг 1 раз в день или в режиме «по требованию» (при неэрозивной ГЭРБ) в дозе 20 мг 1 раз в день в течение от 12 до 24 недель;

— при эрозиях (степень С, D) и язвах пищевода — по 1 дозе через день до 24 недель; возможно и более;

— или блокатора H_2 -гистаминорецепторов: фамотидин в стандартной дозе.

5. Независимо от секреторной функции желудка рекомендуют прием прокинетики — домперидон по 1 табл. 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в день и перед сном в течение 4–6 недель. Для усиления лечебного эффекта показано сочетанное назначение прокинетиков, блокаторов кислотообразующей функции желудка и антацидов. Например, омепразол 10 мг + домперидон 10 мг по 1 капс. 2–4 раза в сутки.

6. Антацидный гель после еды ко времени, предшествующему возникновению изжоги, по 1 пакетик, лучше разбавлять в 1/3 стакана минеральной воды типа «Поляна Квасова», 3 раза в день и перед сном 4–6 недель.

7. При обнаружении хеликобактерной инфекции (НР) проводят соответствующую антибактериальную терапию (см. лечение язвенной болезни в разд. 2.2) в течение 7–14 дней.

8. Физиотерапия показана больным с ГЭРБ легкой и средней тяжести, диспептической, болевой и кардиалгической формами. Применяют в основном СМТ- и ДМВ-терапию. При СМТ-терапии прокладки размещают над проекцией желудочно-пищеводного

перехода и реберной части диафрагмы, используют III и IV род работ, частота 50 Гц, глубина модуляций 50 %, сила тока до четкой вибрации, ежедневно, 15 процедур. ДМВ-терапию проводят в слаботепловом режиме, 15–20 мин на область пищеводного сфинктера ежедневно, 10 процедур. Кроме этого, показан прием гидрокарбонатных минеральных вод, по 150–200 мл через 30–60 мин после еды (типа «Поляна Квасова»). Санаторное лечение организывают в санаториях Закарпатья.

9. Больные с тяжелой формой ГЭРБ, как правило, нуждаются в постоянной медикаментозной терапии или антирефлюксной хирургической коррекции. Особенно это касается эрозивных, язвенных эзофагитов, осложненных стенозами и стриктурами, кровотечением, пищевода Барретта, бронхолегочных осложнений, связанных с аспирацией.

10. Следует обратить внимание, что правильное питание, режим приемов пищи, регулярная дефекация без потуг, «антирефлюксный» образ жизни имеют первостепенное значение для стабилизации состояния. Семейный врач должен объяснить пациенту, в связи с чем необходимо придерживаться «антирефлюксного» образа питания и жизни. Как следует регулировать опорожнение кишечника (см. разд. 3.5), почему следует после еды ходить, а не лежать, не наклоняться, не носить тугие пояса, нормализовать вес, отказаться от курения и чрезмерного употребления алкоголя.

1.2. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) представляет собой смещение части желудочного сегмента пищевода в заднее средостение. В большинстве случаев это заболевание является приобретенным и сопутствует различным болезням органов пищеварения.

Механизм возникновения связан с признаками слабости соединительной ткани, появлением возрастных дистрофических изменений тканей. Ухудшение питания диафрагмы снижает эластичность и тонус фиксирующих связок.

Патологические изменения пищеводного отверстия диафрагмы обязательно сопровождаются нарушением запирающей функции нижнего сфинктера пищевода и кардии. Эти моменты приводят к выходу поддиафрагмального сегмента пищевода, а иногда и части

кардиального отдела желудка над диафрагмой. Развитие заболевания утяжеляет формирование воспалительной реакции конечного отдела пищевода — хронического рефлюкс-эзофагита, эрозивного эзофагита, язвенного.

Таким образом, большинство клинических симптомов ГПОД обусловлено желудочно-пищеводным рефлюксом и последующим эзофагитом. По этой причине жалобы больных с наличием ГЭРБ и ГПОД во многом одинаковы. И основной из жалоб по-прежнему остается изжога различной интенсивности после еды. Кроме этого, беспокоят отрыжка воздухом или съеденной пищей, иногда возникают загрудинные боли через некоторое время после приема пищи.

Основные методы исследования:

- видеофиброэзогастроуденоскопия (учитывают наличие грыжевого выпячивания, зияние кардии, пролабирование слизистой желудка в пищевод, рН желудка в базальных условиях);
- рентгенологическое исследование в положении лежа, коленно-локтевом.

▼ ЛЕЧЕНИЕ ▼

Принципы терапии ГПОД в целом соответствуют ведению больных ГЭРБ. По показаниям решают вопрос о хирургической коррекции.

1.3. Эзофагоспазм

Эзофагоспазм относится к числу полиэтиологических заболеваний, но независимо от начальных механизмов, вызывающих заболевание, в его основе лежит повышение тонуса и двигательной активности гладкой мускулатуры пищевода. Это проявляется в виде чередования чрезмерных глотательных сокращений и спастических волн. Нарушения двигательной активности пищевода сохраняются и вне глотательных движений, усиливаются при наличии психоэмоциональных расстройств.

Основные клинические проявления связаны с нарушением акта глотания пищи, появлением боли за грудиной при глотательных движениях или чувства тяжести в пищеводе во время и после еды. Перечисленные жалобы усиливаются, если эзофагоспазм протекает на фоне невроза.

Основныe методы исследования:

- рентгенологическое исследование пищевода с контрастными веществами (продвижение контрастной массы нарушено, что выражается в локальных не перемещающихся перистальтических сокращениях; очертания пищевода волнистые, появляются симметричные втяжения, которые напоминают дивертикулы; пищевод четкообразный или штопорообразный); рентгеноскопию лучше проводить с применением кислого бария (1/3 чайной ложки лимонной кислоты на 1/2 стакана бариевой взвеси);
- видеофиброэзофагогастроскопия.

▼ ЛЕЧЕНИЕ ▼

1. Назначают дробное, щадящее питание по типу диеты № 1 или 5. Пищу принимают в замедленном темпе, только в теплом виде. По желанию больных еду можно запивать небольшими глотками теплой водой или чаем.

2. Рекомендуют спазмолитики в обычных дозах за 30–40 мин до еды 3 раза в день: дротаверин по 80 мг; прифиниум; блокаторы кальциевых каналов дигидропиридиновые ретардные: лерканидипин по 10–20 мг/сут; нифедипин по 20 мг 2 раза в день; амлодипин по 5–10 мг/сут. Главной целью является снижение тонуса и моторной активности нервно-мышечного аппарата пищевода.

3. Практически всем, особенно при тревожности, рекомендуют:

— дневные транквилизаторы типа гиазепам по 20–50 мг; или при тревожности и страхе — анксиолитики типа буспирона по 5–10 мг, 2–3 раза в сутки; мебекар по 300 мг 2 р/сут;

— по показаниям сочетают с антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и норадреналина (Н): сертралин 50–100 мг/сут; пароксетин 20 мг сут; циталопрам, флувоксамин 50–100 мг/сут; или СИОЗС + Н: венлафаксин 37,5–150 мг/сут.

4. Лекарственные препараты оказывают благоприятный клинический эффект, однако нормальной перистальтики пищевода не восстанавливают. Поэтому методы физиотерапии, особенно воздействия на воротниковую зону, имеют установленную рациональность. Применяют ДМВ-терапию (нетепловые и

слаботепловые дозы), электрофорез магния сульфата, кальция хлорида на воротниковую область и шейные симпатические узлы (анод!).

4.1. При осуществлении комплекса физиотерапевтических процедур необходимо включать воздействия, направленные на устранение чрезмерной раздражительности центральной нервной системы (ЛЭНАР, электросон при частоте 20 Гц).

1.4. Ахалазия кардии

Это тяжелое заболевание пищевода связано с отсутствием рефлекторного расслабления и раскрытия кардии во время акта глотания. Вследствие этого переход пищевого комка из пищевода в желудок затруднен. Последующие или сопутствующие нарушения тонуса и двигательной активности мышечной стенки объясняют задержку пищи в пищеводе. Как и при эзофагоспазме, большое значение в развитии ахалазии кардии придают нервно-психическому фактору, который может играть роль пускового механизма и сопровождать течение этой своеобразной болезни пищевода.

Больные ахалазией кардии предъявляют жалобы на нарушения глотания или неприятные ощущения за грудиной во время еды. Эти явления усиливаются при эмоциональной неустойчивости, недостаточном пережевывании пищи. В дальнейшем вследствие накопления пищевых масс в пищеводе наблюдается срыгивание после еды, иногда спустя несколько часов, даже ночью. Достаточно характерна загрудинная боль, которая чаще возникает независимо от еды, ночью и сопровождается отрицательными эмоциями. Нарушения глотания и срыгивание пищи приводят к тому, что каждый прием еды становится для больных трудно решаемой проблемой.

Основные методы исследования:

- рентгенологическое исследование (учитывают нарушение раскрытия поддиафрагмального сегмента пищевода и кардии во время глотания; задержку бариевой смеси в абдоминальном сегменте от 0,5 до 60 мин и др.);
- видеофиброэзофагогастроскопия.

▼ ЛЕЧЕНИЕ ▼

1. Основному числу больных показана пневмокардиодилатация в хирургическом отделении либо оперативное лечение.

2. Фармакотерапия и физиотерапия имеют вспомогательное значение. Главной целью их назначения является уменьшение гипертензионного синдрома нервно-мышечного аппарата пищевода путем применения средств, обладающих противоспастическим действием. Например, блокаторы кальциевых каналов дигидропиридиновые ретардные: лерканидипин по 10–20 мг/сут; нифедипин по 20 мг 2 раза в сутки; амлодипин по 5–10 мг/сут.

3. Показано применение средств, снижающих возбудимость периферической и центральной нервной системы: гидазепам по 20–50 мг, мебикар по 300 мг 2 р/сут.

4. Проводят профилактику хронического эзофагита: гелевые антациды после еды через 1–2 часа 3 раза в день.

5. Физиотерапия заключается в применении ДМВ-терапии на воротниковую зону и эпигастральную область в слаботепловых дозах по 10–15 мин на поле ежедневно, 10 процедур.