

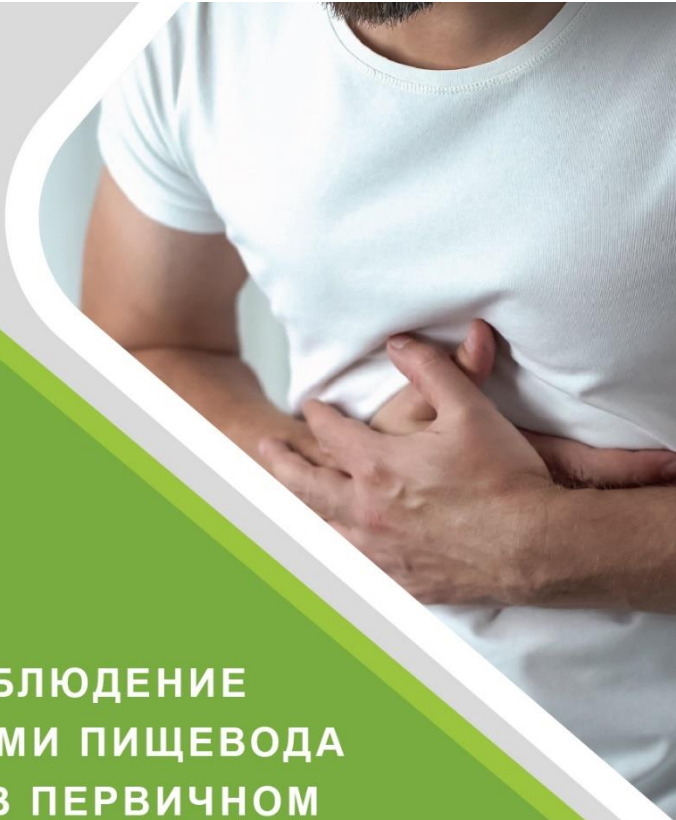


Серия
«Библиотека ФГБУ «НМИЦ ТПМ»
Минздрава России»

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПИЩЕВОДА ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная
болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии

Методические рекомендации



МОСКВА
2024

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

«УТВЕРЖДАЮ»
академик РАН, профессор,
директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России,
главный внештатный специалист по терапии
и общей врачебной практике Минздрава России
/ О.М. Драпкина /
2024 г.

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПИЩЕВОДА
ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ЭЗОФАГИТ, ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ,
ПИЩЕВОД БАРРЕТТА, АХАЛАЗИЯ КАРДИИ**

Методические рекомендации

Москва, 2024

Авторы: Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н.

Рецензенты:

Фатенков О.В. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО «Самарский ГМУ» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава Самарской области;

Тарасова Л.В. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», руководитель Республиканского гастроэнтерологического центра на базе БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашской Республики, главный внештатный специалист по терапии Минздрава Чувашской Республики

Для цитирования: Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н. Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения: эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(2):1-30. doi: 10.15829/10.15829/3034-4123-32

Аннотация

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансерного наблюдения врачом-терапевтом пациентов с болезнями пищевода – эзофагитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, пищеводом Барретта и ахалазией кардии. Представлены: ориентировочный объем и частота лабораторно-инструментальных исследований, сведения о диагностике, лечении и профилактике осложнений заболеваний.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, для фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских здравпунктов) в случае возложения на них функций лечащего врача. Методические рекомендации могут быть использованы врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 9 от 19 ноября 2024 года).

Авторский коллектив:

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор.

Ивашкин Владимир Трофимович – директор клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии УКБ №2 ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН, д.м.н., профессор.

Маев Игорь Вениаминович – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор.

Ливзан Мария Анатольевна – ректор, заведующий кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.

Абдулганиева Диана Ильдаровна – заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Бакулин Игорь Геннадьевич – декан лечебного факультета, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Бакулина Наталья Валерьевна – заведующий кафедрой терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Гаус Ольга Владимировна – профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., доцент.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Ипатов Петр Васильевич – главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Калинина Анна Михайловна – руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и

аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Сененко Алия Шамильевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

Шептулина Анна Фароковна – ведущий научный сотрудник, руководитель лаборатории экспериментальной и профилактической гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

Оглавление

Список сокращений.....	6
Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения.....	7
Приложение 1. Эзофагит. Клиника, диагностика, лечение.....	25
Приложение 2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.....	28
Приложение 3. Пищевод Барретта. Особенности ведения пациентов.....	34
Приложение 4. Ахалазия кардиальной части пищевода. Клиника, диагностика, лечение.....	36
Приложение 5. Показания к госпитализации.....	40
Приложение 6. Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения.....	41
Приложение 7. Информация для пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	43
Список литературы.....	44

Список сокращений

АКП	– аденокарцинома пищевода
ГПОД	– грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ДГЭР	– дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭР	– гастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭРБ	– гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДН	– диспансерное наблюдение
ЗНО	– злокачественное новообразование
ИМТ	– индекс массы тела
ИПП	– ингибитор протонной помпы
НПС	– нижний пищеводный сфинктер
НЭРБ	– неэрозивная рефлюксная болезнь
ПД	– пневмокардиодилатация
РЭ	– рефлюкс-эзофагит
СО	– слизистая оболочка
ХНИЗ	– хронические неинфекционные заболевания
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
РОЕМ (англ.)	– пероральная эндоскопическая миотомия (peroral endoscopic myotomy)

Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения

Большое число различных заболеваний пищевода, а также его повреждения занимают особое место в современной гастроэнтерологии. Согласно эпидемиологическим данным, частота заболеваний пищевода составляет от 6 до 21% среди всех заболеваний органов желудочно-кишечного тракта [1].

Эзофагит – воспаление слизистой оболочки (СО) пищевода, развивающееся вследствие воздействия различных факторов как неинфекционной, так и инфекционной природы [2, 3].

Выделяют эзофагит неинфекционной (рефлюкс-эзофагит, химический, радиационный, лекарственный, эозинофильный) и инфекционной (вызванный бактериальными, вирусными, грибковыми или паразитарными агентами) этиологии. При инфекционном эзофагите пищевод может поражаться изолированно, либо как часть при распространенной инфекции пищеварительного тракта. Среди этиологических агентов инфекционного эзофагита наиболее часто встречаются грибы рода *Candida*, цитомегаловирус, вирус простого герпеса, гораздо реже – микобактерия туберкулеза, вирус опоясывающего лишая и ветряной оспы (*Varicella Zoster*), вирус папилломы человека, вирус моноклеоза (вирус Эпштейна-Барра).

Эзофагит может быть причиной кровотечения из пищевода, а при длительном течении приводить к развитию рака. В ряде случаев наличие рубцово-язвенных дефектов может сопровождаться сужением просвета пищевода.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и в ряде случаев дуоденального содержимого, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, к повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных цилиндроклеточной метаплазии [4].

В настоящее время выделяют две формы ГЭРБ:

1. Неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ), которая включает эндоскопически негативную форму ГЭРБ и катаральный рефлюкс-эзофагит (65-70% случаев заболевания);
2. Эрозивный рефлюкс-эзофагит (30-35% случаев заболевания).

При наличии эрозивного эзофагита тяжесть поражения слизистой оболочки пищевода рекомендуют определять согласно классификации (табл.1), принятой на X Всемирном съезде гастроэнтерологов (Лос-Анджелес).

Таблица 1

Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита (модификация 1999 г.)

Стадия	Эндоскопическая картина
A	Один (или более) участок поврежденной СО пищевода размером до 5 мм, который не захватывает СО между складками (расположен на вершине складки)
B	Один (или более) участок поврежденной СО пищевода размером более 5 мм, который не захватывает СО между складками (расположен на вершине складки)
C	Один (или более) участок поврежденной СО пищевода, который распространяется на СО между двумя (или более) складками, но захватывает менее 75% окружности пищевода
D	Один (или более) участок поврежденной СО пищевода, который захватывает более 75% окружности пищевода

Выделяют также неосложненное и осложненное течение ГЭРБ. К осложнениям заболевания относятся: пептическая язва пищевода, пептическая стриктура, пищевод Барретта.

Пищевод Барретта – предраковое заболевание, характеризующееся развитием цилиндроклеточного (кишечного) метаплазированного эпителия в слизистой оболочке пищевода и требующее особенно тщательного наблюдения за пациентами [5].

Ахалазия кардии (греч., *α* – отрицание, *chalis* – расслабление) – идиопатическое нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлекторным раскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры (перистальтикой) пищевода, способствующей продвижению пищи в желудок [6].

По классификации Б.В. Петровского различают следующие стадии ахалазии кардиальной части пищевода:

- I стадия – функциональный непостоянный спазм кардии без расширения пищевода;
- II стадия – стабильный спазм кардии с нерезко выраженным расширением пищевода и усиленной моторикой стенок;
- III стадия – рубцовые изменения мышечных слоев НПС с выраженным расширением пищевода и нарушениями тонуса и перистальтики;
- IV стадия – резко выраженный стеноз кардии со значительной дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода, эзофагитом и перизофагитом.

В зависимости от степени нарушений моторики пищевода (Чикагская классификация, 2008 г.) выделяют три типа ахалазии:

- I тип (классическая ахалазия) – выраженная гипокинезия (при 100% влажных глотков отсутствует любая перистальтика грудного отдела пищевода);
- II тип – отсутствие нормальной перистальтической волны сокращения (отсутствует нормальная перистальтическая волна сокращения, однако наблюдается равномерное спастическое сокращение умеренной интенсивности по всей длине пищевода от верхнего до НПС более чем при 20% влажных глотков);

- III тип (гиперкинетический) – отсутствие нормальной перистальтической волны, наличие отдельных эпизодов перистальтики в дистальном отделе пищевода или преждевременных спастических сокращений (дистальный эзофагоспазм), зарегистрированных более чем при 20% влажных глотков.

Ахалазия кардии может быть отнесена к предраковым заболеваниям, поскольку известно, что рак развивается у 3-8% пациентов с кардиоспазмом и ахалазией кардии и вероятность его возникновения возрастает с увеличением продолжительности заболевания, причем не только в кардии, но и в измененном пищеводе. В связи с этим необходимо своевременное выявление, лечение и диспансерное наблюдение пациентов с данной патологией.

Диспансерное наблюдение (ДН) пациентов с болезнями пищевода (эзофагитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в том числе пищеводом Барретта и ахалазией кардии врачом-терапевтом¹ осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»². Алгоритм диспансерного осмотра представлен в таблице 2.

¹ Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н.

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс (дата обращения 10.09.2024).

Таблица 2

Алгоритм диспансерного наблюдения врачом-терапевтом пациентов с болезнями пищевода

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
<p>Эзофагит (K20) (Приложение 1)</p> <p>Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (K21.0) (Приложение 2)</p> <p>Пищевод Барретта (K22.7) (Приложение 3)</p>	<p>Первое посещение: при взятии под ДН</p> <p>Далее – не реже 1 раза в 6 месяцев</p> <p>Контролируемый показатель:</p> <ul style="list-style-type: none"> отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС; при ГЭРБ с цилиндроклеточной метаплазией (пищевод Барретта) – отсутствие прогрессирования эндоскопических и морфологических 	<p>Сбор жалоб с оценкой динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> пищеводные проявления: <ul style="list-style-type: none"> типичный симптомокомплекс рефлюкса (изжога/отрыжка кислым, срыгивание); одинофагия (болезненность при глотании); дисфагия – нарушение прохождения пищи, симптом тревоги, требующий исключения стеноза и/или стриктуры пищевода; некардиальная боль в грудной клетке, иногда купирующаяся нитратами (но в отличие от стенокардии не связанная с физической нагрузкой, ходьбой, однако в этом случае требуется исключение стенокардии); внепищеводные проявления: <ul style="list-style-type: none"> синдромы и заболевания, связь которых с ГЭРБ установлена (хронический сухой кашель, связанный с рефлюксом, хронический ларингит, бронхиальная астма, ХОБЛ, эрозии эмали зубов, кариес); синдромы и заболевания, связь которых с ГЭРБ предполагается (фарингит, синусит, легочный фиброз, средний отит); <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> длительность обострений и периодов ремиссии; наличие ночных рефлюксов; наличие в анамнезе: <ul style="list-style-type: none"> грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;

	<p>изменений по данным ЭГДС с биопсией</p> <p>Длительность наблюдения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при эзофагите – в течение 3 лет с момента последнего обострения; • при ГЭРБ с эзофагитом – в течение 5 лет с момента последнего обострения; • при пищеводе Барретта – в течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации) 	<ul style="list-style-type: none"> — эрозий или язв пищевода; — частых бронхитов, пневмоний, плохого контроля бронхиальной астмы, ХОБЛ, легочного фиброза; — гипохромной железодефицитной анемии; • оценка «симптомов тревоги» (так называемые «красные флаги»): <ul style="list-style-type: none"> — немотивированное похудение; — анемия неясного генеза; — возникновение жалоб впервые после 50 лет; — длительный стаж курения; — отягощенный анамнез по аденокарциноме пищевода (родственники 1-ой линии родства); — ночные симптомы (ночной рефлюкс, трудности с засыпанием, ночные пробуждения); • наличие сопутствующих заболеваний; <p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии); • расчет индекса массы тела (ИМТ); • пальпация пульса на периферических артериях; • измерение ЧСС; • измерение АД; • оценка наличия и распространенности отеков; • оценка состояния шейных вен (набухание, пульсация); • пальпация щитовидной железы (определение размеров, подвижности и болезненности); • аускультация сердца и легких; • перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки; • подсчет частоты дыхательных движений;
--	--	---

		<p>Оценка факторов риска и анализ их динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • избыточная масса тела ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$) и ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) абдоминальное ожирение (окружность талии $>94 \text{ см}$ у мужчин и $>80 \text{ см}$ у женщин)) или дефицит массы тела ($\text{ИМТ} < 18,5 \text{ кг/м}^2$); • употребление алкоголя: всем пациентам рекомендуется отказаться от употребления алкоголя; • статус курения: всем пациентам рекомендуется отказ от курения. Следует разъяснить пациенту патологические последствия курения табака и электронных средств доставки никотина, необходимость лечебно-профилактических мероприятий по оказанию помощи по отказу от курения; • артериальная гипертензия (систолическое АД $\geq 140 \text{ мм рт. ст.}$ и/или диастолическое АД $\geq 90 \text{ мм рт. ст.}$): всем пациентам при АД $\geq 130/80 \text{ мм рт.ст.}$ разъяснить значимость профилактики повышения уровня АД и его контроля; • физическая активность: рекомендуется снизить физические нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление, исключить поднятие тяжестей; <p>Определение наличия факторов риска развития пищевода Барретта:</p> <ul style="list-style-type: none"> • возраст 50 лет и более; • мужской пол; • европеоидная раса; • длительный анамнез ГЭРБ (более 10 лет); • висцеральное ожирение; • наличие родственников 1-ой линии родства с пищеводом Барретта или аденокарциномой пищевода; <p>Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий анализ крови (в т.ч. для исключения скрытых кровотечений) – 1 раз в год;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочеви́на, холестерин, глюкоза) – 1 раз в год; • иммунохимический анализ кала на скрытую кровь – по показаниям (наличие анемии и/или в анамнезе дегтеобразного стула); <p>Инструментальные исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЭГДС выполняется: <ul style="list-style-type: none"> — при взятии под диспансерное наблюдение – ЭГДС с множественной биопсией пищевода выполняется при отсутствии убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4-8 недель проведения терапии стандартной дозой ИПП для исключения эозинофильного эзофагита, пищевода Барретта и аденокарциномы; — пациентам с пищеводом Барретта <i>при выявлении дисплазии низкой степени</i> рекомендовано повторное гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев после приема ИПП в стандартной дозе, далее (при сохранении дисплазии низкой степени при контрольном исследовании) – 1 раз в год; — пациентам с пищеводом Барретта <i>при выявлении дисплазии высокой степени</i> рекомендовано повторное (в течение первых 3-х месяцев) комплексное эндоскопическое исследование с прицельной биопсией после предшествующего приема ИПП в стандартной дозе и двойное прочтение биопсийного материала (пересмотр материала специалистом-патологоанатом в референсном центре); <ul style="list-style-type: none"> — при подтверждении диагноза дисплазии высокой степени или cancer in situ пациента следует направить в медицинскую организацию, оказывающую помощь по онкологическому профилю с последующим решением вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении; — ежегодный эндоскопический скрининг с целью выявления пищевода Барретта у пациентов с ГЭРБ не рекомендуется; • рентгенологическое исследование пищевода с барием – при наличии жалоб на дисфагию (с целью исключения диффузного эзофагоспазма, стриктуры или стеноза пищевода, а
--	--	---

		<p>также для диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и для определения необходимости хирургического лечения);</p> <ul style="list-style-type: none"> • суточная рН-импедансометрия – «золотой стандарт» выявления патологических рефлюксов, основными показаниями к проведению являются: <ul style="list-style-type: none"> — сохраняющиеся симптомы ГЭРБ на фоне адекватной антисекреторной терапии; — симптомы ГЭРБ при гипо/анацидных состояниях (после резекции желудка, атрофия слизистой оболочки желудка); — атипичные формы и внепищеводные проявления ГЭРБ (Приложение 1, 2); — оценка эффективности антисекреторной терапии на фоне приёма препарата; — оценка эффективности хирургического лечения ГЭРБ. • пищеводная манометрия высокого разрешения – для детального исследования интегральных количественных и качественных показателей внутриполостного давления, координированного сокращения грудного отдела, верхнего и нижнего пищеводного сфинктера; <p>Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их эффективности и совместимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> • показаний и противопоказаний к применению; • наименований, доз и длительности приема; • достигнуто/не достигнуто улучшение состояния пациента; <p>Консультации врачей-специалистов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при эзофагите: <ul style="list-style-type: none"> — врач-гастроэнтеролог – рефрактерное течение заболевания (отсутствие убедительных признаков клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4-8 недель проведения терапии стандартными дозами ИПП), а также при подозрении на наличие осложнений заболевания (стриктура, пищевод Барретта);
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • при гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией (пищевод Барретта): <ul style="list-style-type: none"> — врач-гастроэнтеролог – 1 раз в год; — врач-онколог по медицинским показаниям; — врач-хирург по медицинским показаниям; <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нормализация нутритивного статуса; • ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м², окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины); • прекращение воздействия табака в любой форме; • отказ от употребления алкоголя; • здоровое питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • физическая активность умеренной интенсивности – не менее 150-300 минут в неделю, высокой интенсивности – не менее 75-150 минут в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по основному заболеванию: <ul style="list-style-type: none"> — купирование клинических симптомов; — эпителизация эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки пищевода; — поддержание клинической и эндоскопической ремиссии; — отсутствие осложнений; <p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска, рекомендации по профилактике модифицируемых факторов и психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом;</p>
--	--	---

		<p>Назначение или коррективировка немедикаментозной и медикаментозной терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • модификация образа жизни: нормализация массы тела, исключение курения, отказ от употребления алкоголя; • коррекция диеты (избегать употребления продуктов, усиливающих газообразование, с высоким содержанием жира, чеснока, лука, перца, острых соусов и приправ, томатов и кетчупа, мучных изделий, шоколада, кофе, крепкого чая, газированных минеральных вод, цитрусовых, кислых фруктовых соков. Исключение кислой пищи. Прием пищи небольшими порциями, регулярно; исключение перекусов; прием пищи не позднее, чем за 2 ч до сна); • соблюдение других немедикаментозных рекомендаций: <ul style="list-style-type: none"> — избегать ношения тугих поясов, корсетов и бандажей; — исключить поднятие тяжестей более 8–10 кг на обе руки, работы, сопряжённые с наклоном туловища вперёд, физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса сразу после и в течение 2-3 часов после приема пищи; — сон с приподнятым на 10-15 см головным концом кровати или использование клиновидной подушки (предназначена для принятия пациентом правильной позы во время сна и отдыха, обеспечивает мягкий наклон, который уменьшает кислотный рефлюкс, изжогу, способствует уменьшению выраженности нарушений дыхания во сне и микроаспираций в дыхательные пути); • уточнение наличия сопутствующих заболеваний, проявления которых могут отягощать течение ГЭРБ (заболевания, протекающие с хроническим кашлем, хронический запор и др.); • коррекция фармакотерапии; • при возможности – коррекция терапии сопутствующих заболеваний с ограничением приема лекарственных препаратов, способствующих релаксации НПС; <p>Определение показаний к госпитализации (Приложение 5);</p>
--	--	--



		<p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 6);</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none">• информирование о течении болезни по данным объективной оценки;• выдача рекомендаций, информирование о целевых уровнях показателей здоровья;• информирование о необходимости регулярного динамического наблюдения;• информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации³;• назначение даты следующего диспансерного осмотра; <p>Направление на вакцинацию:</p> <ul style="list-style-type: none">• против гриппа – ежегодно в августе-сентябре;• против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента;• против других инфекционных заболеваний при наличии медицинских показаний⁴;• проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики; <p>Направление пациента с наличием факторов риска ХНИЗ в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска;</p>
--	--	--

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный № 64042). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

⁴ Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный № 66435). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).



		<p>Направление в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации;</p> <p>Оформление медицинской документации:</p> <ul style="list-style-type: none">• формы №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»,• формы №030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»⁵;• формы №057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (при необходимости)⁶
<p>Ахалазия кардиальной части пищевода (К 22.0) (Приложение 4)</p>	<p>Первое посещение: при взятии под ДН</p> <p>Далее – не реже 1 раза в год</p> <p>Контролируемый показатель:</p> <ul style="list-style-type: none">• отсутствие данных о ЗНО по результатам	<p>Сбор жалоб с оценкой динамики:</p> <ul style="list-style-type: none">• дисфагия;• загрудинные боли в области нижней трети грудины при глотании или вне приема пищи;• тупые боли, иногда жгучие, возникающие при прохождении пищи по пищеводу (одинофагия);• регургитация (срыгивание);• икота;• тошнота;• слюнотечение;• изжога;

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

⁶ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

	<p>ЭГДС с множественной биопсией;</p> <p>Длительность наблюдения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пожизненно 	<ul style="list-style-type: none"> • одышка и кашель; • слабость; • снижение веса и признаки нутритивной недостаточности; <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • длительность наличия дисфагии; • динамика частоты возникновения дисфагии; • наличие провоцирующих факторов дисфагии; • чем купируется нарушение глотания; • наличие и характер регургитаций; • ночной кашель; • наличие симптома «мокрой подушки» (Приложение 4); • наличие эзофагита; • снижение массы тела; • наличие сопутствующих заболеваний; <p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии); • расчет индекса массы тела (ИМТ); • пальпация пульса на периферических артериях; • измерение ЧСС; • измерение АД; • оценка наличия и распространенности отеков; • оценка состояния шейных вен (набухание, пульсация); • пальпация щитовидной железы (определение размеров, подвижности и болезненности); • аускультация сердца и легких; • перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки; • подсчет частоты дыхательных движений;
--	---	---

		<p>Оценка факторов риска и анализ их динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • избыточная масса тела ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$) и ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$), абдоминальное ожирение (окружность талии $>94 \text{ см}$ у мужчин и $>80 \text{ см}$ у женщин) или дефицит массы тела (ИМТ ниже $<18,5 \text{ кг/м}^2$); • употребление алкоголя: всем пациентам рекомендуется отказаться от употребления алкоголя; • статус курения: всем пациентам рекомендуется отказ от курения. Следует разъяснить пациенту патологические последствия курения табака и электронных средств доставки никотина, необходимость лечебно-профилактических мероприятий по оказанию помощи по отказу от курения; • артериальная гипертензия (систолическое АД $\geq 140 \text{ мм рт. ст.}$ и/или диастолическое АД $\geq 90 \text{ мм рт. ст.}$): всем пациентам при АД $\geq 130/80 \text{ мм рт.ст.}$ разъяснить значимость профилактики повышения уровня АД и его контроля; • физическая активность: не менее 150-300 минут в неделю, высокой интенсивности – не менее 75-150 минут в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); <p>Оценка динамики состояния пациентов после пневмокардиодилатации (по шкале Eckardt) – 1 раз в год (Приложение 4);</p> <p>Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий анализ крови – 1 раз в год; • биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, холестерин, глюкоза) – 1 раз в год; • общий анализ мочи (наличие кетоновых тел) – по показаниям; • оценка нутритивного статуса (альбумин, электролиты, витамин В12, фолиевая кислота, витамин Д, железо, ферритин) – по показаниям;
--	--	--

		<p>Инструментальные исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода с сульфатом бария – 1 раз в год; • ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов для исключения ЗНО – 1 раз в год; <p>Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их эффективности и совместимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> • показаний и противопоказаний к применению; • наименований, доз и длительности приема; • достигнуто/не достигнуто улучшение состояния пациента; <p>Консультации врачей-специалистов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • врач-гастроэнтеролог по медицинским показаниям; • врач-онколог по медицинским показаниям (в т.ч. выявление дисплазии или аденокарциномы по результатам биопсии); • врач-хирург по медицинским показаниям; <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м², окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины); • прекращение воздействия табака в любой форме; • отказ от употребления алкоголя; • здоровое питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • физическая активность умеренной интенсивности – не менее 150-300 минут в неделю, высокой интенсивности – не менее 75-150 минут в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений);
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • соблюдение режима питания: 4-х или 5-разовое питание небольшими по объёму порциями, тщательное пережёвывание пищи; • сон с приподнятым на 10-15 см головным концом кровати или использование клиновидной подушки; • другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по основному заболеванию; <p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска, рекомендации по профилактике модифицируемых факторов и психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом;</p> <p>Назначение или коррективировка немедикаментозной и медикаментозной терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • модификация образа жизни: нормализация массы тела, исключение курения, отказ от употребления алкоголя; • соблюдение рекомендаций по питанию: <ul style="list-style-type: none"> — прием пищи малыми порциями 5–6 раз в день; — тщательное пережевывание; — сразу после приема пищи не следует наклоняться и ложиться, исключить физическую активность в течение 2-3 часов после приема пищи; — пища должна быть механически и химически щадящей; — после еды необходимо выпить жидкость для удаления из пищевода остатков пищи; • для предотвращения аспирации пищевых масс, оставшихся в пищеводе, в дыхательные пути – сон на кровати с приподнятым изголовьем или использование клиновидной подушки; • коррекция фармакотерапии; • коррекция терапии сопутствующих заболеваний;
--	--	---



		<p>Определение показаний к госпитализации (Приложение 5);</p> <p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 6);</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none">• информирование о течении болезни по данным объективной оценки;• выдача рекомендаций, информирование о целевых уровнях показателей здоровья;• информирование о необходимости регулярного динамического наблюдения;• информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации;• назначение даты следующего диспансерного осмотра; <p>Направление на вакцинацию:</p> <ul style="list-style-type: none">• против гриппа – ежегодно в августе-сентябре;• против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента;• против других инфекционных заболеваний при наличии медицинских показаний ⁷;• проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики; <p>Направление пациента с наличием факторов риска ХНИЗ в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска и динамического наблюдения в процессе лечения;</p>
--	--	--

⁷ Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный № 66435). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).



		<p>Направление в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации;</p> <p>Оформление медицинской документации:</p> <ul style="list-style-type: none">• формы №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;• формы №030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»⁸;• формы №057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (при необходимости)⁹
--	--	---

⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

Приложение 1. Эзофагит. Клиника, диагностика, лечение

Адаптировано из клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита и клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита

Как самостоятельное заболевание эзофагиты встречаются относительно редко. Они, как правило, вторичны и сопутствуют другим заболеваниям органов пищеварения.

Одной из самых распространенных причин развития эзофагита является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (приложение 2).

Клиническая картина эзофагита независимо от этиологии может быть крайне разнообразной – от незначительных симптомов, до крайне тяжелого течения заболевания с развитием грозных осложнений.

Инфекционный эзофагит, как правило, имеет острое начало. Ведущим симптомом при инфекционном эзофагите являются одинофагия (боль по ходу пищевода при глотании) и дисфагия (затруднение при глотании твердой пищи) вследствие частого развития эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки пищевода. Также возможно появление изжоги, дискомфорта или жгучей боли за грудиной, тошноты и рвоты, не приносящей облегчения. Появлению пищеводных жалоб могут предшествовать внепищеводные проявления, в частности субфебрильная температура, респираторные симптомы и др. У части пациентов инфекционный эзофагит может протекать бессимптомно. Поскольку инфекционный эзофагит часто протекает на фоне иммунодефицита крайне важно выявить причину и тяжесть иммунодефицитного состояния.

Типичными жалобами пациентов с эозинофильным эзофагитом являются дисфагия, эпизоды вклинения пищевого комка (задержка только что проглоченного пищевого комка в просвете пищевода, требующая применения различных компенсаторных приемов), боль в грудной клетке, не связанная с глотанием. Дисфагия может иметь длительный анамнез, либо манифестировать остро. Среди сопутствующей патологии у пациентов с эозинофильным эзофагитом часто выявляются другие заболевания атопической природы – бронхиальная астма, аллергический ринит, экзема, иммуноглобулин Е-опосредованная пищевая аллергия.

Для **диагностики** применяется ЭГДС, позволяющая выявить воспаление дистального отдела пищевода, его распространенность, наличие эрозивно-язвенных дефектов. Для подтверждения диагноза эозинофильного эзофагита необходимо гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода. Биопсия должна быть взята как минимум из 6 различных участков СО пищевода, особенно из тех, где эндоскопические изменения наиболее выражены. Критерием установления диагноза эозинофильного эзофагита является эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки с плотностью эозинофилов ≥ 15 в поле зрения микроскопа при большом увеличении (x400) по крайней мере в одном из биоптатов.

При наличии жалоб на дисфагию диагностику следует начать с рентгенологического исследования пищевода с барием.

При подозрении на инфекционный эзофагит необходимо проведение дополнительных исследований, направленных на идентификацию возбудителя.

Лечение эзофагита зависит от этиологии заболевания. Всем пациентам рекомендуется диетотерапия (дробное питание малыми порциями, исключение острых и пряных блюд, маринадов и солений, горячей и холодной пищи), отказ от курения и употребления алкоголя. Пациентам с эозинофильным эзофагитом рекомендовано эмпирическое назначение элиминационной диеты с исключением 6 групп продуктов, часто вызывающих пищевую аллергию (коровье молоко, пшеница, яйца, соя, орехи, рыба и морепродукты).

При возможности – проведение этиотропного лечения (инфекционный эзофагит). С целью патогенетической терапии пациентам назначаются ингибиторы протонной помпы (ИПП), эпителий-протективная терапия (ребамипид, биоадгезивная формула на основе гиалуроновой кислоты и хондроитина сульфата, прокинетики), а для симптоматического лечения могут применяться антациды и алгинаты.

При лечении инфекционного эзофагита особое внимание следует обратить на терапию заболевания, на фоне которого развилось заболевание, по возможности ограничить в использовании глюкокортикостероидов, антибиотиков, иммуносупрессивных препаратов.

В качестве **этиотропной терапии** при лечении кандидозного эзофагита применяют противогрибковые препараты: флуконазол в начальной дозе 400 мг, затем по 200-400 мг один раз в день в течение 14-21 дней. При рефрактерности к лечению флуконазолом рекомендуется назначение вориконазола в дозе 200 мг два раза в день или итраконазола в дозе 200 мг один раз в день в течение 14-21 дней. При неэффективности терапии азолами или наличии противопоказаний к их применению, а также при отсутствии возможности проведения пероральной терапии пациентам с кандидозом пищевода с целью этиотропной терапии рекомендуется парентеральное назначение эхинокандинов: микафунгин 150 мг в сутки, каспофунгин с начальной дозы 70 мг в сутки, затем 50 мг в сутки или анидулафунгин 200 мг в сутки в течение 14-21 дней. При беременности амфотерицин назначается в дозировке 0,3-0,7 мг/кг в сутки в течение 21 дня.

При герпетическом эзофагите применяют ацикловир в дозировке 400 мг 5 раз в день в течение 14-21 дней. Также может быть назначен пероральный прием фамцикловира 500 мг 3 раза в день или валацикловира по 1 г 3 раза в сутки в течение 14-21 дней.

При развитии цитомегаловирусного эзофагита – внутривенное введение ганцикловира в дозе 5 мг/кг в сутки в течение 3-6 недель.

Пациентам с эзофагитом, вызванным вирусом опоясывающего лишая и ветряной оспы (*Varicella Zoster*), рекомендуется пероральное назначение противовирусной терапии ацикловиром в дозе 800 мг 5 раз в день в течение 7 дней.

Необходимо отметить, что при назначении противогрибковых и противовирусных препаратов для лечения инфекционного эзофагита не рекомендовано одновременное назначение ИПП, поскольку снижение секреции соляной кислоты в желудке может привести к снижению их абсорбции.

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) назначаются в стандартных дозах (Приложение 2, табл. 5).

При эозинофильном эзофагите для достижения клинической и гистологической ремиссии показано применение ИПП в стандартной дозе 2 раза в день. У пациентов с положительным ответом на инициальную терапию ИПП в качестве поддерживающей терапии также используются ИПП.

Эпителий-протективная терапия: биоадгезивная формула на основе гиалуроновой кислоты, хондроитина сульфата и полоксамера по 1 пакетику (10 мл) 3 раза в день через 30-40 минут после еды и на ночь в течение 4-5 недель.

С целью улучшения резистентности слизистой оболочки пищевода к повреждению назначают ребамипид по 100 мг 3 раза в день в течение 4-8 недель.

Для антродуоденальной координации и нормализации тонуса нижнего пищеводного сфинктера дополнительно назначают **прокинетики**. Препаратом выбора является итоприда гидрохлорид. Препарат назначается в дозе 50 мг 3 раза в день за 30 мин до приема пищи курсом до 8 недель.

Антацидные препараты и альгинаты применяются в режиме «по требованию»: алюминия фосфат 2,08 г, магалдрат 400 мг/800 мг и симетикон 20 мг/40 мг, алюминия гидроксид 400 мг, магния гидроксид 400 мг 3 раза в день через 1 час после еды и 4-й раз перед сном.

Хирургическое лечение при эзофагитах рекомендуется только в случаях осложненного течения, в частности, при формировании стеноза, стриктур или свищевых ходов.

Приложение 2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиническая картина, диагностика, лечение

Адаптировано из клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Основным фактором, необходимым для возникновения ГЭРБ, является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), который возникает в области перехода пищевода в желудок. Вследствие персистирующих патологических ГЭР снижается резистентность слизистой оболочки пищевода (преимущественно его дистального отдела) с повреждением межклеточных контактов, повышением эпителиальной проницаемости, нарушением процессов клеточного обновления, формированием гиперплазии базального слоя слизистой оболочки пищевода, дистрофических изменений эпителиоцитов, развитием вторичной воспалительной инфильтрации в ответ на повреждение (рефлюкс-эзофагит).

ГЭРБ относится к хроническим неинфекционным заболеваниям мультифакториальной природы. Все факторы риска, способствующие развитию ГЭРБ, можно разделить на модифицируемые и немодифицируемые (табл. 3).

Таблица 3

Факторы, способствующие развитию ГЭРБ

Модифицируемые факторы	
Образ жизни	злоупотребление алкоголем
	курение
	избыточная масса тела и ожирение – имеется прямая связь ИМТ и основных показателей суточного мониторинга pH в пищеводе. Степень избыточного веса коррелирует с длительностью снижения pH в пищеводе до 4 и ниже. При избыточном весе и ожирении слизистая пищевода дольше подвергается воздействию кислого содержимого желудка
Погрешности в диете	употребление жирной пищи, газированных и кофеин-содержащих напитков (кофе, черный чай, кока-кола), шоколада; лука и чеснока; продуктов, содержащих большое количество кислот (цитрусовые, томаты)
Пищевые привычки	употребление больших порций; прием пищи незадолго до сна
Частично модифицируемые факторы	
Прием лекарственных препаратов, способствующих расслаблению НПС	блокаторы кальциевых каналов группы нифедипина, препараты, содержащие теофиллин, нитраты, прогестерон, антидепрессанты, антигистаминные препараты, спазмолитики (папаверин, но-шпа) и др.
Немодифицируемые факторы	
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	современные технологии позволяют хирургическим путем устранить данный фактор (выполнение фундопликации)
Сопутствующие состояния	
Беременность	очень часто предрасполагает к развитию ГЭРБ – 50-80% беременных жалуются на изжогу. При увеличении матки происходит увеличение внутрибрюшного давления, что способствует возникновению рефлюкса. Кроме этого, при беременности снижается тонус НПС, и пища дольше задерживается в желудке

Склеродермия и другие заболевания соединительной ткани	часто способствует развитию ГЭРБ, что связано с нарушением перистальтики пищевода и снижением тонуса НПС
Синдром Шегрена	редкое заболевание, сопровождающееся снижением выработки слюны, предрасполагает к развитию ГЭРБ вследствие увеличения продолжительности пищевого клиренса и является фактором риска развития эзофагита

Клиническая картина ГЭРБ

Все симптомы, характерные для ГЭРБ, можно разделить на пищеводные и внепищеводные.

Типичными **пищеводными симптомами ГЭРБ** являются изжога и регургитация кислым. К другим пищеводным симптомам относятся дисфагия, одинофагия, эзофагодия и гиперсаливация. Дисфагия является симптомом тревоги, требующим исключения грубой органической патологии (стеноз, стриктура, злокачественное новообразование пищевода).

При наличии у пациента жалоб на наличие дисфагии он в обязательном порядке должен быть направлен на рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с барием для уточнения проходимости пищевода.

Внепищеводные проявления ГЭРБ представляют собой различные «маски» заболевания, которые развиваются вследствие прямого воздействия рефлюктата на органы или при инициации соответствующих висцеро-висцеральных рефлексов (табл. 4). Нередко внепищеводные симптомы выходят на первый план в клинической картине.

Таблица 4

Внепищеводные проявления ГЭРБ

Симптомы («маски»)	Рефлюкс-индуцированная патология
Бронхолегочная маска Хронический кашель Приступы удушья	Бронхиальная астма Хроническая обструктивная болезнь легких Рецидивирующая (аспирационная) пневмония Идиопатический легочный фиброз
Оториноларингологическая маска Дисфония, осиплость голоса Боли в горле, шее Избыточное образование слизи в гортани Ощущение кома в глотке (globus sensation)	Хронический ларингит Ларингеальный круп Хронический фарингит Хронический ринит, отит, оталгия
Стоматологическая маска Жжение языка, щек Нарушение вкусовых ощущений Поражение эмали и твердых тканей зубов	Кариес с последующим развитием халитоза Дентальные эрозии
Кардиальная маска Боли в левой половине грудной клетки Нарушения сердечного ритма	Приступы ангинозных болей Нарушения ритма Расстройства моторики пищевода (псевдостенокардитические боли)
Анемическая маска Слабость, повышенная утомляемость	Гипохромная железодефицитная анемия

Осложнения ГЭРБ

Наиболее часто встречающиеся осложнения ГЭРБ:

- стриктуры пищевода;
- язвенные поражения пищевода;
- кровотечения из эрозий и язв пищевода;
- формирование пищевода Барретта.

Стриктуры формируются в результате рубцевания язвенных дефектов, пациенты, как правило, предъявляют жалобы на дисфагию, срыгивание съеденной пищи. Нередко на фоне недостаточного поступления питательных веществ вследствие затруднения прохождения пищи у пациентов со стриктурами пищевода наблюдается прогрессирующее снижение веса с последующим присоединением признаков нутритивной недостаточности.

Кровотечение относится к неотложным хирургическим состояниям, проявляется рвотой с примесью крови, гипотонией вплоть до потери сознания при массивной кровопотере.

Формирование пищевода Барретта – полное замещение (метаплазия) многослойного плоскоклеточного эпителия пищевода цилиндрическим кишечным эпителием является опасным состоянием (Приложение 3).

Диагностика

В клинической практике при постановке диагноза следует в первую очередь ориентироваться на то, беспокоят пациента симптомы рефлюкса или нет, вне зависимости от их частоты и длительности. Тем не менее, количественные критерии весьма полезны при определении эффективности того или иного метода лечения ГЭРБ. В настоящее время рекомендовано придерживаться количественных критериев диагностики ГЭРБ клиники Мэйо, получивших широкое распространение в качестве инструмента при эпидемиологических исследованиях: наличие изжоги и/или регургитации кислым, как минимум, 1 раз в неделю на протяжении последних 12 месяцев.

Диагноз ГЭРБ может быть поставлен только при наличии характерных симптомов (изжога и регургитация) или на основании результатов исследований, демонстрирующих наличие патологического рефлюкса содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки (суточная рН-импедансометрия) или его повреждающее влияние на СО пищевода (эндоскопия, гистологическое исследование).

Пациентам с ГЭРБ для исследования двигательной функции пищевода, в том числе для определения наличия показаний к проведению хирургического лечения, а также для оценки эффективности антирефлюксной терапии показано проведение манометрии высокого разрешения.

Лечение

Лечение пациентов с ГЭРБ должно быть индивидуализировано в зависимости от особенностей клинического течения заболевания. Цель лечения – устранение симптомов, заживление эрозий, предупреждение развития осложнений, в том числе пищевода Барретта и ассоциированной с ним аденокарциномы пищевода (АКП).

Успешность терапии заключается не только в адекватно проведенной медикаментозной коррекции, но и в изменении образа жизни и диетических привычек.

Изменение образа жизни и диетотерапию следует считать обязательным компонентом эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ. Важно соблюдение пациентом **общих мер**, которые способствуют уменьшению выраженности патологического ГЭР:

1. Нормализация массы тела (у пациентов с избыточной массой тела и ожирением);
2. Отказ от курения и употребления алкоголя;
3. Коррекция режима питания – рекомендовано соблюдение трех-, четырехразового питания малыми порциями, избегать так называемых «перекусов» и обильных приемов пищи, последний прием пищи – не позднее чем за 2 часа до сна;
4. Диетические рекомендации должны быть строго индивидуальны с учетом тщательного анализа связи симптомов с употреблением тех или иных продуктов. Целесообразно избегать употребления кислых продуктов и продуктов, усиливающих газообразование, а также жирной пищи, шоколада, кофе;
5. Целесообразно избегать ситуаций, способствующих повышению внутрибрюшного давления (ношения тугих поясов, корсетов и бандажей, поднятия тяжестей более 8-10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса после и в течение 2-3 часов после приема пищи);
6. Сон с приподнятым на 10-15 см головным концом кровати или использование клиновидной подушки;
7. Пациент должен быть предупрежден о побочном действии препаратов, которые снижают тонус НПС (нитраты, антагонисты кальция группы нифедипина, теофиллин, прогестерон, антидепрессанты), или могут сами явиться причиной эзофагита (нестероидные противовоспалительные средства, доксициклин, хинидин).

Фармакотерапия

Ингибиторы протонной помпы являются препаратами выбора для терапии больных ГЭРБ. Эффективность препаратов данной группы обусловлена не только снижением кислотопродукции и объема желудочного сока, но и уменьшением агрессивности рефлюктата. Суточная доза и продолжительность приема определяются формой заболевания и наличием осложнений.

При наличии единичных эрозий пищевода (степень А) основной курс может составлять 4 недели с использованием стандартной дозы ИПП (табл. 5). При выявлении множественных эрозий пищевода (В-Д степени эзофагита), а также осложнений ГЭРБ, курс лечения любым препаратом из группы ИПП должен составлять не менее 8 недель.

Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить ИПП в половинной дозе. Длительность поддерживающей терапии подбирается индивидуально, в среднем 16-24 недели.

В отсутствие эрозий пищевода возможно назначение только половинной дозы ИПП курсом 4-8 недель.

Таблица 5

Эквивалентные суточные дозы ИПП в лечении ГЭРБ

Препарат	Полная терапевтическая (стандартная) доза	Неполная терапевтическая доза, необходимая для поддерживающей терапии
Омепразол	20 мг 2 раза в день	20 мг 1 раз в день
Лансопразол	30 мг 1 раз в день	15 мг 1 раз в день
Пантопразол	40 мг 1 раз в день	20 мг 1 раз в день
Рабепразол	20 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день
Эзомепразол	40 мг 1 раз в день	20 мг 1 раз в день
Декслансопразол	60 мг 1 раз в день	30 мг 1 раз в день

Прекращение приема лекарственных средств после достижения заживления эрозий пищевода может привести к быстрому возникновению рецидива заболевания, поэтому многим пациентам с ГЭРБ показан поддерживающий прием ИПП (в половинных суточных дозах) в течение, как минимум, 6 месяцев, что позволяет сохранить ремиссию заболевания.

Важно отметить, что всем пациентам с ГЭРБ, которым планируется назначение ИПП на длительный срок, рекомендовано тестирование на наличие инфекции *Helicobacter pylori*, и в случае ее выявления, **проведение эрадикационной терапии** в плановом порядке [7]. Это связано с тем, что в условиях повышения pH в желудке на фоне приема ИПП наблюдается транслокация инфекции из экологической ниши – антрального отдела желудка в тело, что может способствовать прогрессированию хронического гастрита и увеличивать в последующем риск развития рака желудка.

Прокинетики способствуют восстановлению моторики пищевода, уменьшая количество спонтанных релаксаций НПС, улучшая пищеводный клиренс и ускоряя эвакуацию из желудка. Прокинетики могут применяться в составе комплексной терапии ГЭРБ вместе с ИПП для улучшения клинического прогноза. Однако, не следует принимать прокинетики и антациды одновременно (в один прием).

Препаратом с выраженным прокинетиическим эффектом является *итоприда гидрохлорид*. Препарат обладает комбинированным механизмом действия, относится к средствам патогенетического лечения ГЭРБ, являясь антагонистом дофаминовых D₂-рецепторов и ингибитором ацетилхолинэстеразы. Оказывает выраженное противорвотное действие, усиливает пропульсивную моторику желудка, ускоряет его опорожнение, устраняет причину рефлюкса за счет улучшения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и препятствует забросу кислотного содержимого в пищевод. Важной положительной стороной использования итоприда гидрохлорида при ГЭРБ является не только быстрый и стойкий клинический эффект, но и возможность длительного применения препарата. Итоприда гидрохлорид при ГЭРБ рекомендовано назначать по 50 мг 3 раза в сутки за 30 мин до приема пищи курсом до 8 недель.

Антациды и алгинаты имеют вспомогательное значение, применяются для быстрого купирования симптомов. Антацидные средства быстро нейтрализуют соляную кислоту и могут длительно поддерживать стабильный уровень pH, назначаются между приемами пищи и на ночь до стойкого купирования симптомов заболевания, затем «по требованию». Алгинаты при взаимодействии с соляной кислотой формируют на поверхности содержимого желудка невсасывающийся гелевый барьер или «алгинатный

плот», препятствующий возникновению ГЭР и ДГЭР. Образование «алгинатного плотa» в зоне пищеводно-желудочного перехода способствует также нейтрализации небуферизованной после приема пищи кислоты на поверхности содержимого желудка, так называемого «кислотного кармана», который играет важную роль в сохранении патологических рефлюксов при ГПОД.

Обычно антациды и алгинаты препараты принимают 3 раза в день через 40-60 мин после еды, когда чаще всего возникают изжога или регургитация кислым, и на ночь.

Эпителий-протективная терапия: дополнительное повышение защитных свойств слизистого барьера наряду с кислотосупрессией является важным компонентом лечения ГЭРБ [8-10]. В отношении слизистой оболочки пищевода основным представителем этой фармакологической группы является *ребамипид*. Препарат обеспечивает защиту от агрессивного воздействия, способствуя снижению воспаления и заживлению эрозий пищевода, в том числе при комбинированном применении с ИПП.

Механизм действия ребамипида направлен на устранение основных этапов патогенеза заболевания и существенно увеличивает эффективность лечения ГЭРБ [11]. Основной целью терапии ГЭРБ является поддержание длительной ремиссии, при этом комбинация ИПП и ребамипида способствует большему регрессу жалоб у пациентов с ГЭРБ и меньшей частоте рецидивов заболевания, чем при монотерапии ИПП. Следует отметить, что применение ребамипида способствует усилению защитных свойств слизистой оболочки на всем протяжении пищеварительного тракта. В связи с чем, препарат рекомендован в клинических ситуациях, требующих повышения резистентности слизистой оболочки, в том числе при эрозивной форме ГЭРБ. Ребамипид назначается по 100 мг 3 раза в день в течение 4-8 недель.

Еще одним представителем группы препаратов эпителий-протективной терапии является *биоадгезивная формула на основе гиалуроновой кислоты, хондроитина сульфата и полоксамера*. Препарат назначается по 1 пакетику (10 мл) после еды и на ночь в течение 4-6 недель.

Хирургическое лечение

Антирефлюксное хирургическое лечение показано при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие пищевода Барретта с дисплазией эпителия высокой степени, частые аспирационные пневмонии). В некоторых случаях, когда пациент с ГЭРБ по тем или иным объективным или субъективным причинам не может получать консервативную терапию, следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении и при неосложненном течении.

Лечение ГЭРБ у беременных представляет собой сложную задачу и требует индивидуального подбора терапии. Универсальными методами считаются рекомендации по изменению образа жизни, а также прием алгинатов. При неэффективности терапии возможно рассмотреть назначение омепразола.

Приложение 3. Пищевод Барретта. Особенности ведения пациентов

Адаптировано из: пищевод Барретта. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, 2014

Пищевод Барретта – состояние, при котором специализированный цилиндрический эпителий с бокаловидными клетками (кишечная метаплазия), замещает неороговевающий многослойный плоский эпителий дистального отдела пищевода.

Распространенность пищевода Барретта среди лиц с эзофагитом приближается к 8% с колебаниями в диапазоне от 5 до 30%. В последние десятилетия наблюдается значительный рост заболеваемости аденокарциномой пищевода (АКП), которая развивается на фоне прогрессирования диспластических изменений в метаплазированном по кишечному типу эпителии слизистой оболочки дистального отдела пищевода. Дисплазия высокой степени и АКП развиваются у 0,4-0,6% пациентов с пищеводом Барретта с кишечной метаплазией. При этом риск развития АКП у лиц с пищеводом Барретта без дисплазии эпителия составляет 0,1% в год, при наличии дисплазии эпителия низкой степени – 0,5% в год, тогда как при дисплазии высокой степени – 6% в год.

Среди факторов риска развития пищевода Барретта наибольшее значение имеют возраст старше 50 лет, мужской пол, европеоидная раса, длительный анамнез симптомов ГЭРБ, в частности изжоги (более 10 лет), наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, абдоминальное ожирение, курение.

Необходимость активного диспансерного наблюдения пациентов с пищеводом Барретта обусловлена возможностью предупреждения развития аденокарциномы пищевода в случаях ранней диагностики дисплазии эпителия.

Сложность диагностики этого заболевания заключается в отсутствии патогномоничных клинических проявлений.

Основная роль в выявлении пищевода Барретта отводится эндоскопическому исследованию. Для подтверждения диагноза пищевода Барретта производится гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода.

При выполнении ЭГДС, согласно Пражской классификации, определяется протяженность циркулярного сегмента метаплазированной слизистой (С критерий) и максимального сегмента метаплазии по любой из стенок пищевода (М критерий). Измерения производятся от уровня пищеводно-желудочного перехода. Оба показателя указываются в виде цифры, соответствующей протяженности в сантиметрах (например, пищевод Барретта С2М5).

С помощью гистологического исследования устанавливается степень дисплазии. Если выявляется *дисплазия низкой степени*, необходимо назначить ИПП в стандартной или двойной дозе (в зависимости от данных, полученных при проведении рН-метрии) с повторением гистологического исследования через 3 месяца. При сохранении дисплазии низкой степени пациентам рекомендуется продолжить постоянный прием полной дозы ИПП и провести гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев. Затем гистологическое исследование проводится ежегодно. Если выявляется *дисплазия высокой степени*, необходимо назначить двойную дозу ИПП с параллельной оценкой результатов

гистологического исследования и последующим решением вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении.

При наличии у пациента с пищеводом Барретта жалоб и/или эрозивного эзофагита тактика инициальной терапии схожа с тактикой лечения НЭРБ и рефлюкс-эзофагита.

В случае отсутствия у пациента с кишечной метаплазией каких-либо жалоб и повреждения слизистой, лекарственная терапия направлена на профилактику развития АКП. С данной целью рекомендуется применять стандартные дозы ИПП один раз в сутки, тогда как применение более высоких двойных доз препаратов является необоснованным.

Эндоскопические оперативные вмешательства (радиочастотная абляция, фотодинамическая терапия, резекция слизистой) строго показаны пациентам с пищеводом Барретта, имеющим диспластические изменения высокой степени.

Антирефлюксная хирургия у пациентов с пищеводом Барретта и ГПОД не продемонстрировала своей эффективности в плане уменьшения риска возникновения аденокарциномы слизистой пищевода.

Приложение 4. Ахалазия кардиальной части пищевода

Адаптировано из рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ахалазии кардии и кардиоспазма

Основные симптомы заболевания – прогрессирующая дисфагия, регургитация и загрудинные боли, связанные с неполным опорожнением пищевода и хроническим эзофагитом. Дисфагия при ахалазии возникает у 99% пациентов при употреблении твердой пищи и у 90-95% – жидкой.

Характер возникновения дисфагии различен для двух форм заболевания. Так, при одной из них дисфагия развивается остро, обычно среди полного здоровья, после психотравмирующей ситуации. Чаще болеют молодые люди. Пациенты могут точно указать, когда они отметили появление симптомов и с чем это было связано. Часто дисфагия имеет парадоксальный характер: хорошо проходит твердая пища, а жидкость задерживается. Необходимо отметить, что нервное перевозбуждение, непривычная обстановка, разговоры во время еды и быстрый прием пищи, особенно плохо пережеванной и холодной, способствуют увеличению выраженности дисфагии. Дисфагия может сопровождаться чувством задержки пищи в пищеводе на какое-то время с последующим «провалом» ее в желудок.

Другая форма характеризуется постепенным развитием заболевания, часто в течение многих лет, без парадоксальной дисфагии. Чаще болеют лица среднего и пожилого возраста, которые не могут вспомнить, когда именно они заболели и что послужило причиной возникновения болезни: им кажется, что они болеют всю жизнь.

Пациент может самостоятельно уменьшить выраженность дисфагии, используя различные приемы: запивание пищи большим количеством жидкости, заглатывание воздуха, повторные глотательные движения, ходьба. Немаловажное значение имеет и температура принимаемой пищи: большинство пациентов отмечают, что лучше проходит теплая и горячая пища.

Ярким симптомом заболевания является активная и пассивная регургитация, которая отмечается у 84 и 68% пациентов соответственно. Активная регургитация представляет собой срыгивание только что съеденной пищи или слизи и более характерна для начальных стадий болезни. Она возникает при незначительной дилатации пищевода, тогда как значительное расширение пищевода может привести к отсроченной регургитации, объем которой значительно больше. Пассивная регургитация возникает вне приема пищи, обычно в горизонтальном положении или при наклоне туловища вперед.

Регургитация, особенно пассивная, может сопровождаться аспирацией пищи в дыхательные пути, что может привести к появлению кашля, развитию бронхитов и пневмоний и маскировать основное заболевание.

Ночной кашель наряду с симптомом «мокрой подушки» свидетельствуют о декомпенсации заболевания и служат абсолютным показанием к проведению эндоскопического лечения.

Регургитация наблюдается особенно часто в лежачем положении. Если она возникает во время сна, то больные обнаруживают на подушке следы слизи и пищи – «симптом мокрой подушки». Также выделяют «симптом носков (шнурков)» – срыгивание при наклоне туловища вперед [12].

Еще одна характерная жалоба – боли в груди, которые наблюдаются примерно у 59% пациентов, чаще в молодом возрасте. При повышении давления в НПС и грудном отделе пищевода возникает интенсивная спастическая за грудиной боль, тогда как при атонии грудного отдела пищевода отмечаются умеренно выраженные боли за грудиной распирающего характера. Боли могут возникать во время приема пищи вследствие перерастяжения стенок пищевода и проходить после срыгивания или «проваливания» пищи в желудок. Они также могут быть вызваны спазмом гладкой мускулатуры пищевода и возникать как во время приема пищи, так и без четкой связи с ним. Для 1/3 пациентов с ахалазией кардии характерна жгучая боль по ходу пищевода, возникающая вследствие прямого раздражающего действия на пищевод остатков, задержавшихся в нем пищи и лактата, продукция которого повышена при избыточной бактериальной ферментации сохраняющихся в пищеводе углеводов.

Один из симптомов ахалазии – уменьшение массы тела (в среднем на 5-10 кг), наблюдается у 61% пациентов и коррелирует с тяжестью течения заболевания.

Примерно у 8% пациентов вследствие длительной обструкции дистального отдела пищевода возникает икота, приводящая к раздражению диафрагмального нерва.

Истинную ахалазию кардии следует отличать от феномена нарушения проходимости кардии, при котором повышается суммарное давление расслабления НПС.

Диагностика

При рентгеноконтрастном исследовании обнаруживают расширение и деформацию пищевода, конусовидное сужение в области НПС, задержку контрастной массы в пищеводе, отсутствие газового пузыря желудка.

При эндоскопии выявляют дилатацию и девиацию просвета пищевода, наличие в нем остатков пищи, жидкости и слизи, равномерность раскрытия кардии при инсуффляции воздуха и возможность проведения эндоскопа в желудок. «Золотым стандартом» обследования пациентов с подозрением на ахалазию является манометрия.

Лечение

Существующие методы лечения кардиоспазма и ахалазии кардии (консервативные, эндоскопические, хирургические) направлены на расширение кардии тем или иным способом либо снижение ее тонуса, для того чтобы улучшить прохождение пищи через область пищеводно-желудочного перехода.

Наилучшие результаты достигаются у пациентов с ахалазией II типа (по Чикагской классификации). В то же время отсутствие перистальтики (I тип) и выраженную гипермоторную дискинезию грудного отдела пищевода (III тип) можно рассматривать в качестве прогностических критериев высокого риска рецидива ахалазии кардии после кардиодилатации.

Диета и модификация образа жизни

Пациентам с ахалазией кардии необходимо назначить *диету с исключением острых и кислых продуктов*. Пища должна быть теплой, принимать ее нужно медленно, тщательно пережевывая. Оптимальным считается 4-х или 5-разовое питание небольшими по объему порциями. Следует также отметить, что существует индивидуальный набор продуктов, усиливающих дисфагию у конкретных пациентов, которые целесообразно исключить из рациона.

После приема пищи не следует принимать горизонтальное положение во избежание регургитации. Во время сна пациент не должен находиться в строго горизонтальном

положении, так как пища может задерживаться в пищеводе до нескольких часов, а верхний пищеводный сфинктер расслабляется во время сна, что приводит к пассивной регургитации и возможной аспирации в дыхательные пути.

Лекарственная терапия

Для консервативного лечения пациентов с ахалазией кардии используют две группы препаратов: *блокаторы кальциевых каналов и нитраты*. Чаще всего применяют нифедипин и изосорбида мононитрат в дозе 5-10 мг, которые следует принимать за 20-30 мин до приема пищи. Эти лекарственные средства снижают давление НПС в среднем на 47-63%, однако полностью купировать симптомы ахалазии удается редко.

Необходимо также помнить о возможных побочных эффектах этих препаратов, из которых наиболее часто возникают головная боль, артериальная гипотензия, головокружение.

Лекарственную терапию применяют в случае невозможности использовать альтернативные методы при лечении пациентов, ожидающих выполнения пневмокардиодилатации или хирургического лечения, и как сопутствующую терапию ахалазии кардии, сопровождающейся рефрактерной болью в груди.

Пероральная эндоскопическая миотомия

При лечении пациентов с ахалазией кардии первично целесообразно использовать неоперативные методы, основным из которых в настоящее время является пероральная эндоскопическая миотомия (РОЕМ – peroral endoscopic myotomy). Суть метода состоит в следующем: с помощью специальных инструментов делают продольный надрез слизистой оболочки пищевода на протяжении 1,5-3 см примерно на 10-12 см выше пищеводно-желудочного перехода, через который в подслизистый слой вводят эндоскоп. Под визуальным контролем на всем протяжении вплоть до малой кривизны желудка как минимум на 3 см ниже пищеводно-желудочного перехода создают туннель между слизистой оболочкой и мышечным слоем путем последовательного пересечения соединительнотканых волокон и сосудов, затем постепенно рассекают циркулярные мышечные волокна в направлении сверху вниз. Дефект в СО клипируют. РОЕМ является эффективным и безопасным методом.

Пневмокардиодилатация

Процедура пневмокардиодилатации (ПД) основана на расширении суженного участка пищеводно-желудочного перехода с помощью кардиодилататора, в результате чего снижается давление НПС и улучшается пассаж пищи по пищеводу. Эффективность ПД варьирует от 60 до 85%, снижаясь пропорционально количеству проводимых курсов лечения. У 30-40% пациентов возникает рецидив клинической симптоматики, в связи с чем требуется повторное лечение. После появления РОЕМ используется реже. После выполнения ПД могут отмечаться: боли в груди, повреждение слизистой оболочки пищевода и гематома, повышение температуры тела и аспирационная пневмония, однако риск их развития очень мал. Достаточно редко после процедуры развивается ГЭРБ.

Для мониторингирования состояния после ПД (не реже 1 раз в год), жалобы пациентов могут быть оценены по шкале Eckardt (табл. 6).

Таблица 6

Оценка состояния пациента с ахалазией кардии после лечения по шкале Eckardt

Симптомы	Баллы*			
	0	1	2	3
Дисфагия	Никогда	Периодически	1 раз в день	Каждый прием пищи
Регургитация	Никогда	Периодически	1 раз в день	Каждый прием пищи
Боли в груди	Никогда	Периодически	1 раз в день	Каждый прием пищи
Уменьшение массы тела	Нет	<5 кг	5-10 кг	>10 кг
* 0-3 балла – ремиссия, более 4 баллов – неэффективность ПД				

Введение ботулинового токсина

Процедура основана на интрамуральном эндоскопическом введении ботулинового токсина А в НПС в суммарной дозе 80-100 ЕД, по 1 мл препарата (20-25 ЕД) в каждый из четырех квадрантов НПС под визуальным контролем. Эффективность через год наблюдения около 40%, в связи с чем иногда требуется повторная инъекция ботулинового токсина. Несмотря на безопасность и простоту выполнения, этот метод можно рассматривать в качестве альтернативного варианта только при лечении пациентов, имеющих абсолютные противопоказания к эндоскопическому и оперативному вмешательству, особенно среди лиц старшей возрастной группы, при наличии тяжелой сопутствующей патологии, а также при наличии S-образного пищевода.

Хирургическое лечение

При неэффективности нехирургических методов решается вопрос о необходимости выполнения оперативного вмешательства. Основным оперативным вмешательством является эзофагокардиомиотомия с неполной фундопликацией для предупреждения рефлюкса. По отдаленным результатам, эффективность этого метода превосходит ПД, однако из-за травматичности любого оперативного вмешательства, необходимости анестезиологического пособия и вероятности развития послеоперационных осложнений этот метод лечения применяют при неэффективности повторных ПД.

В терминальной стадии заболевания выполняют экстирпацию или субтотальную резекцию пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой, в том числе с применением лапаро- и торакоскопической техники. Показания к выбору метода оперативного вмешательства определяют индивидуально.

Прогноз

Ахалазия кардии может быть отнесена к предраковым заболеваниям, поскольку известно, что рак развивается у 3-8% пациентов с кардиоспазмом и ахалазией кардии и вероятность его возникновения возрастает с увеличением продолжительности заболевания.

Приложение 5. Показания к госпитализации

- **Эзофагит:**
 - неэффективность консервативной терапии;
 - развитие осложнений заболевания, требующих оказания специализированной медицинской помощи;
 - хирургическое и эндоскопическое лечение;
- **ГЭРБ:**
 - рефрактерное течение при адекватной медикаментозной терапии;
 - антирефлюксное хирургическое лечение в случае неэффективности медикаментозной терапии;
 - развитие осложнений заболевания, требующих оказания специализированной медицинской помощи;
- **Ахалазия кардиальной части пищевода:**
 - неэффективность нехирургических методов лечения;
 - развитие осложнений заболевания, требующих оказания специализированной медицинской помощи.

Приложение 6. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения¹⁰

Таблица 7

Медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Природные лечебные ресурсы
K20	Эзофагит	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K21.0	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K21.9	Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K22.0	Ахалазия кардиальной части пищевода	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи

Медицинские противопоказания для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением природных лечебных ресурсов:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Воспалительные полиартропатии, системные поражения соединительной ткани, анкилозирующий спондилит, другие уточненные спондилопатии высокой степени активности.
5. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
6. Заразные болезни глаз и кожи.
7. Паразитарные заболевания.
8. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами;
10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2024 №143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 №26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов». СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
12. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
13. Эпилепсия с ремиссией менее 6 месяцев (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).
14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
16. Кахексия любого происхождения.
17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.
18. Заболевания и состояния, определенные по результатам научных исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

Приложение 7. Информация для пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

<p>Что такое ГастроЭзофагеальная Рефлюксная Болезнь?</p> 	<p>ГЭРБ - хроническое заболевание, при котором возникает заброс содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в пищевод с последующим повреждением слизистой оболочки пищевода.</p> <p>Типичные симптомы ГЭРБ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ изжога; ✓ срыгивание (регургитация кислым); ✓ отрыжка
<p>В каких случаях необходимо обратиться к врачу?</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ затрудненное и/или болезненное глотание; ✓ тошнота и/или рвота; ✓ боль в грудной клетке; ✓ боль в животе; ✓ немотивированное снижение массы тела; ✓ повышение температуры тела; ✓ сохранение симптомов, несмотря на лечение
<p>Чем опасна ГЭРБ?</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ рубцеванием с сужением просвета пищевода (стриктурами) и затруднением прохождения пищи; ✓ кровотечениями из эрозий и язв пищевода; ✓ предраковым состоянием, при котором увеличивается риск аденокарциномы пищевода (пищеводом Барретта)
<p>Изменение образа жизни</p>    	<ul style="list-style-type: none"> ✓ отказ от курения; ✓ нормализация массы тела: целевые значения окружности талии для женщин <80 см, для мужчин <94 см; ✓ сон на кровати с приподнятым головным концом, если изжога или регургитация беспокоят в положении лежа; ✓ исключение физических нагрузок с напряжением пресса: поднятие тяжестей более 8-10 кг на обе руки, наклон туловища вперед после и в течение 2-3 часов после еды; ✓ не носить тугие пояса, бандажи, корсеты; ✓ избегать обильных приемов пищи и «перекусов», принимать пищу 3-4 раза в день, прекращать прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна; ✓ не ложиться сразу после приема пищи
<p>Изменение рациона питания: исключить продукты и напитки, способствующие развитию рефлюкса</p>  	<ul style="list-style-type: none"> ✓ продукты, богатые жиром (цельное молоко, сливки, жирная рыба, свинина, баранина, гусяное мясо, торты, пирожные); ✓ продукты, содержащие кофеин (кофе, крепкий чай, кола, энергетические напитки); ✓ острый перец; ✓ цитрусовые, томаты, лук, чеснок; ✓ газированные напитки, алкоголь; ✓ ограничить употребление очень горячей или холодной пищи

Список литературы

1. Маев И.В., Бусарова Г.А., Андреев Д.Н. Болезни пищевода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Маев И.В., Трухманов А.С., Сторонова О.А., Макушина А.А., Пирогов С.С., Зайратьянц О.В., Алексеева О.П., Андреев Д.Н., Лапина Т.Л., Ткачев А.В., Успенский Ю.П., Шептулин А.А. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30(5): 63–83. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-5-63-83>.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Андреев Д.Н., Лапина Т.Л., Баранская Е.К., Тертычный А.С., Пирогов С.С., Шептулин А.А., Абдулганиева Д.И., Дичева Д.Т., Заборовский А.В., Ивашкина Н.Ю., Корочанская Н.В., Параскевова А.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018;28(6):84–98. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98>.
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70–97. DOI:10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97.
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Соколов В.В., Пирогов С.С., Зайратьянц О.В., Белова Г.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Кайбышева В.О. Пищевод Барретта. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. Москва, 2014. 31 с. https://www.gastro.ru/userfiles/R_Barret_14.pdf Дата обращения 13.09.2024.
6. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Годжелло Э.А., Маев И.В., Евсютина Ю.В., Лапина Т.Л., Сторонова О.А. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ахалазии кардии и кардиоспазма. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии 2016;26(4):36-54.
7. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Маев И.В., Драпкина О.М., Козлов Р.С., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Абдул-хаков С.Р., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Андреев Д.Н., Бордин Д.С., Дехнич Н.Н., Кляритская И.Л., Корочанская Н.В., Осипенко М.Ф., Полуэктова Е.А., Сарсенбаева А.С., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Ульянин А.И., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(6):72–93. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93>.
8. Namiot Z., Sarosiek J., Marcinkiewicz M. Edmunds M.C., McCallum R.W. Declined human esophageal mucin secretion in patients with severe reflux esophagitis. Dig. Dis. Sci. 1994;39:2523–9. DOI: 10.1007/ BF02087685.

9. 32. Niv Y., Fass R. The role of mucin in GERD and its complications. *Gastroenterol. Hepatol.* 2011;9(1):55–9. DOI:10.1038/nrgastro.2011.211.
10. 33. Van Roon A.H., Mayne G.C., Wijnhoven B.P.L., Watson D.I., Leong M.P., Neijmanet G.E. et al. Impact of gastro-esophageal reflux on mucin mRNA expression in the esophageal mucosa. *J. Gastrointest. Surg.* 2008;12:1331–40. DOI: 10.1007/s11605-008-0522-y.
11. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Гоник М.И. Применение ребамипида в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Терапевтический архив.* 2020;92(4):98-104. doi: 10.26442/00403660.2020.04.000568.
12. И.В.Маев, Д.Т.Дичева, Т.В.Пенкина, К.В.Кушнир, Е.В.Зайцева. Дивертикулы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. *Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium medicum.* 2009;1:8-12. eLIBRARY ID: 21256282.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:



Москва, Петроверигский пер.,
д.10, стр. 3



+7 (495) 212-07-13



www.gnicpm.ru



vk.com/gnicpmru



t.me/fgbunmictpm