

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)**

*Кафедра поликлинической терапии с курсом
«Общая врачебная практика (Семейная медицина)» ФПК и ППС*



**Заболевания пищевода: гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь,
пищевод Баррета, первичные нарушения моторики пищевода.
Ведение больных в амбулаторных условиях.**

*Методическое пособие для врачей терапевтов и семейных врачей,
гастроэнтерологии, ординаторов*

Краснодар

2016 г.

УДК 616.329 -08(075.8)

ББК 54.131

3 -12

Составитель:

заведующий кафедрой поликлинической терапии с курсом «ОВП (семейная медицина)» ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
д.м.н. **В.В. Горбань**

Рецензенты:

заведующий кафедрой факультетской терапии
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

Л.Н. Елисеева

заведующий кафедрой терапии №2
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

С.Г. Канорский

Заболевания пищевода: ведение больных в амбулаторных условиях». Методическое пособие для врачей терапевтов и семейных врачей, гастроэнтерологов, ординаторов. / Под ред. В.В. Горбаня. - Краснодар, КубГМУ, 2016 г. – 44 с.

Учебно-методическое пособие составлено на основании национального руководства «Гастроэнтерология» Предназначено для врачей терапевтов и семейных врачей, гастроэнтерологов. Может быть использовано в качестве учебного пособия для ординаторов, врачей терапевтов и семейных врачей, а также студентов старших курсов лечебного факультета медицинских ВУЗов.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ

Протокол № 3 от 08.11.2016 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ТЕМА: ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	7
СИНДРОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА.....	7
<i>Синдром дисфагии</i>	7
Синдром гастро-эзофагеального рефлюкса	8
<i>Синдром рефлюкс-эзофагита</i>	9
<i>Синдром болей в животе</i>	9
ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ	10
ПИЩЕВОД БАРРЕТТА.....	18
ПЕРВИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА.....	22
АХАЛАЗИЯ.	22
СКЛЕРЕДЕМА.	24
ДИФФУЗНЫЙ СПАЗМ ПИЩЕВОДА.	25
ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА.....	25
СИНДРОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА.....	27
ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ	29
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.	31
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1.	32
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2.	33
ТЕСТЫ	35
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ЭЛЕКТРОННЫЕ ФОНДЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42

ПРЕДИСЛОВИЕ

Методическое пособие знакомит врачей с основными теоретическими вопросами и практическими основами диагностики наиболее распространенных синдромов (*дисфагии, гастро-эзофагеального рефлюкса, рефлюкс-эзофагита, болей в животе*) и заболеваний пищевода (гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, пищеводом Баррета, первичными нарушениями моторики пищевода, ахалазией, склеродемой, диффузным спазмом пищевода, дивертикулами пищевода, эозинофильным эзофагитом), а также методами профилактики заболеваний и тактикой ведения больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Тема пособия крайне актуальна, так как такие осложнения заболеваний пищевода, как кровотечения и озлокачествления являются основными причинами высокой летальности. Вместе с тем, многие факторы риска развития болезней пищевода, включая развитие онкологических процессов, в значительной мере предотвратимы или поддаются контролю посредством эффективных медицинских технологий, основанных на ранней диагностике, лечении и профилактике.

В предложенных методических рекомендациях содержатся теоретические основы, типовые ситуационные задачи и тестовые задания для самоконтроля, предназначенные для самостоятельной внеаудиторной работы курсантов по теме: «Заболевания пищевода: ведение больных в амбулаторных условиях».

Контрольные вопросы и клинические задачи адаптированы к использованию преподавателями кафедры для предварительного и текущего контроля знаний курсантов циклов повышения квалификации врачей терапевтов и врачей общей врачебной практики с целью формирования и совершенствования профессиональных компетенций.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГЭРБ - гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь

ПБ - пищевод Баррета

ГЭР - гастро-эзофагеальный рефлюкс

НПС - нижний пищеводный сфинктер

НЭРБ - неэрозивная рефлюксная болезнь

РЭ - рефлюкс-эзофагит

ПЖС - пищеводно-желудочное соединение

СО - слизистая оболочка

ГПОД - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ИПП - ингибиторы протонной помпы

ФД - функциональная диспепсия

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

ДГР - дуодено-гастральный рефлюкс

РГА - Российская гастроэнтерологическая ассоциация

ЭЭ - эозинофильный эзофагит

ВВЕДЕНИЕ

В структуре гастроэнтерологических заболеваний патология пищевода занимает особое место, среди которой гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является ведущей, как по частоте, так и по спектру осложнений.

Актуальность проблемы ГЭРБ заключается в ее высокой распространенности, наличии как типичных симптомов, значительно ухудшающих качество жизни больных, так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют диагностику ГЭРБ, приводят к гипердиагностике таких болезней, как ишемическая болезнь сердца, ухудшают течение астмы, а также чреваты тяжелыми осложнениями (стриктуры пищевода, кровотечения из эрозий и язв пищевода). Особую значимость ГЭРБ приобрела в последние годы, когда пристальное внимание было обращено на пищевод Баррета – осложнение ГЭРБ, которое увеличивает риск развития аденокарциномы пищевода.

Однако ГЭРБ и пищевод Баррета занимают только часть спектра органических и функциональных нарушений пищевода, с которыми сталкиваются гастроэнтерологи, врачи общей практики и терапевты. Не менее значимыми заболеваниями являются первичная и вторичная ахалазия, склередема, диффузный спазм пищевода и пищевод шелкунчика, дивертикулы пищевода (включая дивертикул Ценкера), синдром Мэллори-Вейса, а также эозинофильный эзофагит.

Учитывая то, что три четверти больных, имеющих патологию пищевода, обследуются и лечатся амбулаторно, теоретическая подготовка врачей предполагает приобретение знаний и умений лечения больных с заболеваниями пищевода, необходимых для практической работы в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА: ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

СИНДРОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА.

СИНДРОМ ДИСФАГИИ.

Дисфагия – это расстройство акта глотания с нарушением прохождения пищи через полость рта, глотку или пищевод, которое сопровождается чувством "застревания" и/или болезненным ощущением при глотании (одинофагия).

По механизму развития различают **механическую** (органическую) и двигательную (нервно-мышечную, **функциональную**) дисфагии.

1. Механическая (органическая) - дисфагия, вызванная большим размером пищевого комка или анатомическим сужением просвета пищевода. Механическая дисфагия подразделяется на внепищеводную и внутрипищеводную.

Внепищеводные причины дисфагии.

1. Изменения позвоночника (шейный спондиллит, остеофиты).
2. Заглоточный абсцесс.
3. Увеличение щитовидной железы.
4. Сдавление сосудами (аорта), увеличенным левым предсердием.
5. Опухоли средостения, диафрагмы.
6. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
7. Увеличение лимфатических узлов.
8. Опухоли поджелудочной железы, панкреатит.
9. Гепато- и спленомегалия.
10. Большой размер пищевого комка, инородное тело.

Внутрипищеводные причины дисфагии.

1. Воспалительные состояния, вызывающие отек слизистой полости рта, глотки, гортани, пищевода (стоматит, фарингит, эзофагит).

2. Стриктуры пищевода (пептическая, вызванная действием щелочи, лекарств; воспалительная, послеоперационная, постлучевая, ишемическая, врожденная).

3. Опухоли (злокачественные, доброкачественные). 4. Дивертикул пищевода.

2. Двигательная (нервно-мышечная, функциональная).

Обусловлена некоординированными или слабыми перистальтическими сокращениями пищевода или же угнетением глотательного центра.

Причины: 1. Нарушение глотательного рефлекса: повреждение глотательного центра, повреждение блуждающего и языкоглоточного нервов, паралич языка, ротоглоточная анестезия, понижение слюноотделения. 2. Повреждение мышц глотки и пищевода (миастения, миопатия, дерматомиозит и др.). 3. Повреждение гладких мышц пищевода (склеродермия, метаболическая невромиопатия: амилоидоз, алкоголь, сахарный диабет; ахалазия, диффузный спазм пищевода; действие токсинов, лекарств, облучения).

В диагностике дисфагии решающее значение имеют анамнез (тип употребления пищи, вызывающей дисфагию, длительность и течение - непродолжительная, преходящая, прогрессирующая) и инструментальные методы исследования (рентгенография пищевода, эзофагогастроскопия с взятием биопсии, оценка моторной активности пищевода).

Нередко дисфагия бывает у истерических личностей (pseudodysphagia). Ощущаемый ими "globus hystericus" - "ком в горле" объясняется спазмом циркулярных мышц глотки или устья пищевода. Иногда такая психогенная дисфагия (disfagia hysterika) сопровождается истощением вследствие мнимого страха перед едой. Эмоции, стрессовые ситуации, еда всухомятку или второпях и другие факторы могут вызывать даже у здорового человека кратковременную (эпизодическую) функциональную дисфагию.

Наиболее частую причину пищеводной дисфагии можно выявить по трем признакам:

1. Дисфагия от приема жидкой или твердой пищи.
2. Прогрессирующие или периодические симптомы.

3. Наличие или отсутствие изжоги.

Целесообразно при дисфагии использовать следующий алгоритм:



Необходимые неотложные исследования:

- Рентгенография грудной клетки: оценка состояния легких, средостения (уровень жидкости и др.), желудка (отсутствие газового пузыря).
- Рентгеновское исследование пищевода с барием.
- Эзофагоскопию проводят не ранее 12 часов после исследования с барием.
- Исследование крови (анемия при карциноме пищевода).
- Суточное мониторирование pH пищевода.
- Манометрия.
- Спирометрия.

Важно подчеркнуть, что дисфагия не всегда указывает на раковый стеноз, однако она всегда должна вызвать мысль об онкологическом заболевании. Дисфагия, вызванная раком, прогрессирует, она устойчива и выражена. Обычно больные отказываются сначала от твердой и грубой (вторых блюд) пищи, затем от каши и супов (первых блюд) и, наконец, от жидкостей (третьих блюд).

СИНДРОМ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА (ГЭР).

ГЭР – это заброс содержимого желудка в полость пищевода в результате неспособности нижнего пищеводного сфинктера (НПС) предупредить рефлюкс и/или неспособность пищевода освободиться от забрасываемого желудочного содержимого.

Опорные признаки:

1. Изжога.
2. Отрыжка кислым или горьким.
3. Срыгивание (съеденной пищей, жидкостью ночью во время сна, что иногда сопровождается аспирацией или мучительным кашлем).
4. Кашель, длительно текущие пневмонии, хронический бронхит, бронхиальная астма.
5. Рентгенологически определяется заброс бариевой взвеси из желудка в пищевод в вертикальном положении, что является доказательством наличия рефлюкса.
6. Манометрия - давление в НПС ниже 10 мм рт. ст.
7. pH-метрия пищевода и/или 24-часовая регистрация pH.
8. Эзофагоскопия - гипотония НПС, заброс содержимого желудка в пищевод.

Отличать от: диффузного спазма пищевода, ахалазии кардии.

Причины: рефлюксная болезнь, первичные или вторичные нарушения моторики дистальной части пищевода, высокое стояние диафрагмы при: беременности, асците и других процессах, приводящих к повышению внутрибрюшного давления, аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

СИНДРОМ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА.

Рефлюкс-эзофагит – это воспаление слизистой оболочки пищевода в результате желудочно-пищеводного рефлюкса.

Опорные признаки:

1. Признаки желудочно-пищеводного рефлюкса.
2. Загрудинные боли (включая жжение, сдавление в верхней, средней и нижней трети грудины).
3. Тест с перфузией кислоты (по Бернштейну) полезен для решения вопроса о пищеводном происхождении болей за грудиной.
4. Эндоскопия - выявление различной степени эзофагита: 1-я ст. - поверхностный, 2 ст. – 4 ст. – эрозивные формы эзофагита.
5. Биопсия, взятая выше 5 см над НПС, выявляет признаки эзофагита.

Отличать от: диффузного спазма пищевода, стенокардии.

Причины: за исключением случаев поражения пищевода едкими веществами и инфекционного (кандидозного и герпетического) эзофагита, который имеет внезапное начало после длительного приема антибиотиков и кортикостероидов, а также эозинофильного эзофагита, основной причиной эзофагита является рефлюкс активного желудочного сока в пищевод.

СИНДРОМ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ.

Выделяют три типа боли.

1. **Соматическая боль** (раздражение кожных покровов, мышц, париетальной брюшины).
2. **Висцеральная боль** (в пораженном органе).
3. **Отраженная боль** (висцеральная с иррадиацией).

Основные механизмы (причины) висцеральной боли:

1. Давление на стенку органа (повышение просветного давления);
2. Ишемия стенки органа;
3. Воспаление серозной оболочки.

Признак	Боль соматическая	Боль висцеральная
Характер	острая	тупая
Локализация	точечная в месте раздражения	неопределенная, диффузная по средней линии
Раздражители	механические, термические, химические	растяжение стенки, капсулы, потягивание за брыжейку, сосудистые расстройства
Путь	чувствительные нервы	волокна симпатического сплетения
Иррадиация	нет	типичная
Болезненность при пальпации	в месте локализации боли	в месте локализации больного органа
Напряжение брюшной стенки	есть	нет
Симптомы раздражения брюшины	есть	нет
ПРИМЕРЫ	перитонит, корешковые боли при спондиллезе, грыжа	желчная колика, кишечная колика, гастродуоденальная, панкреатическая боль

ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ (ГЭРБ).

Термином «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) обозначают все случаи патологического заброса содержимого желудка в пищевод, когда у пациента имеется риск развития осложнений гастро-эзофагеального рефлюкса (ГЭР), значительно ухудшающих качество жизни больного.

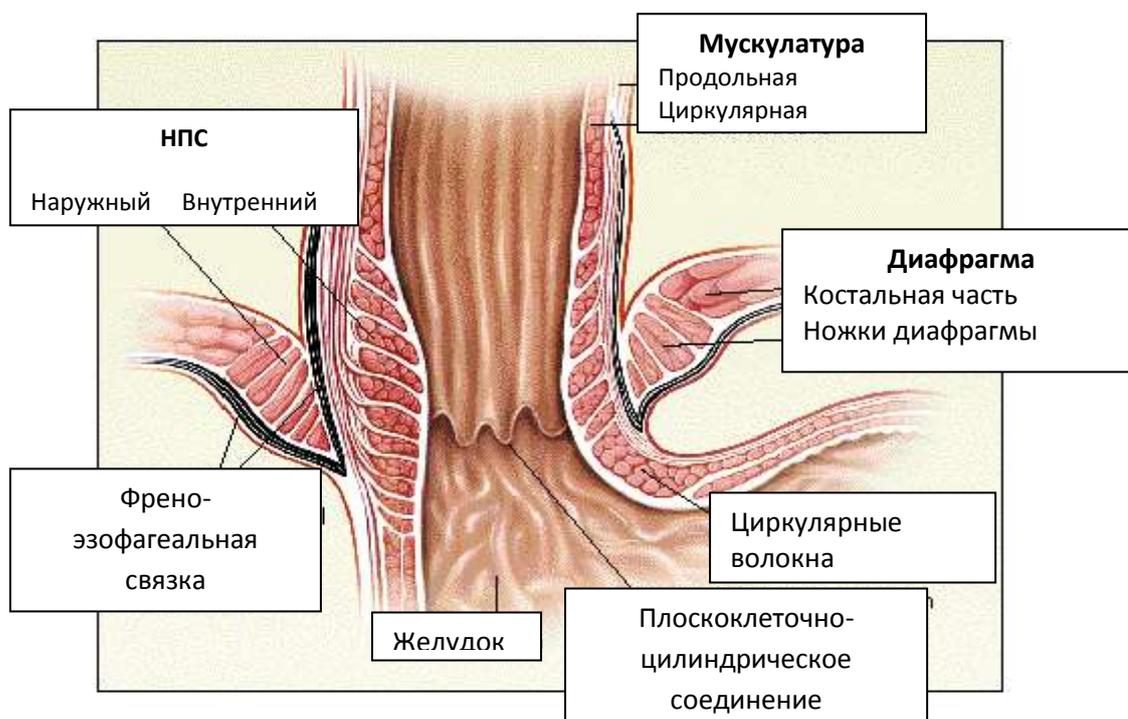
Осложнения ГЭР включают в себя рефлюкс-эзофагит (РЭ) и его местные осложнения, астму, аспирационную пневмонию и ларингит.

«Эндоскопически негативную (не-эрозивную) рефлюксную болезнь» диагностируют когда при наличии признаков РБ отсутствуют метаплазия Баррета или эрозии/язвы СО пищевода. Необходимо *разграничивать РБ и моторные расстройства* пищевода, т.к. эти болезни часто имеют идентичные симптомы, но *совершенно разную терапию*.

Пищеводно-желудочное соединение (ПЖС).

Основной функцией пищевода является транспорт проглоченной пищи в желудок. Регуляция функционирования пищевода комплексная и требует тонкой координации деятельности продольной и циркулярной мускулатуры [8]. ПЖС функционирует как клапан, контролирующий поступление твердой и жидкой пищи, а также газов между пищеводом и желудком. В контексте ПЖС более универсальным и предпочтительным определением сфинктера является следующее: «клапан – это анатомо-физиологическое образование, регулирующее продвижение субстанций (газов, твердых частиц, полужидкого или жидкого содержимого) открытием, закрытием или частичной обструкцией просвета» [13]. Функционально клапан в области ПЖС максимально тонко контролирует потоки содержимого как на «вход», так и на «выход». В то время как пищевой комок и жидкости направляются антеградно, воздух и случайные частицы содержимого желудка должны направляться ретроградно в пищевод, обеспечивая вентиляционный баланс.

Рис.1. Анатомия пищеводно-желудочного соединения [10].



Нижний пищеводный сфинктер (НПС) в дистальной части пищевода является составной частью пищеводно-желудочного соединения (Рис.1). Его динамическое состояние зависит как от внутренних и внешних слоев собственной анатомической структуры, так и от его положения по отношению к окружающим органам. Общепризнанными являются следующие положения: дистальная часть пищевода состоит из внутреннего слоя гладкой мускулатуры, называемого НПС, и внешнего слоя скелетной мускулатуры, называемого ножками диафрагмы; НПС локализован интраабдоминально и интегрирован с френо-эзофагеальной связкой, расположенной под острым углом, сохраняющим избирательную клапанную пропускную способность [9]. Тоническая гладкая мускулатура НПС с внутренней миогенной активностью позволяет сохранять сфинктер закрытым в базальном состоянии. Манометрически НПС выявляется зоной повышенного давления в области пищеводно-желудочного перехода. Релаксация НПС, обусловленная актом глотания, является интегральной составной частью первичной перистальтики пищевода. При глотании давление НПС снижается, достигая величин, эквивалентных давлению в желудке. Релаксация длится примерно 8-10 секунд и финиширует сокращением клювовидной части НПС после перистальтических сокращений тела пищевода. Серия глотательных событий способствует, во-первых, прохождению пищевого болюса через зону повышенного давления НПС с минимальным сопротивлением и, во-вторых, созданию барьера для обратного движения желудочного содержимого. Релаксация НПС является самым уязвимым компонентом первичного перистальтического рефлекса, потому что расслабление может произойти без связи с фарингеальной или эзофагеальной перистальтикой. К примеру, минимальная фарингеальная стимуляция может вызвать релаксацию НПС, что имеет клинически важное значение в патогенезе ГЭР. Преходящие релаксации НПС являются одними из главных патогенетических механизмов гастроэзофагеального рефлюкса кислоты. Повреждение СО пищевода при ГЭР во многом зависит от состояния защитных факторов пищевода и воздействия агрессивных факторов.

Агрессивные факторы. Желудочный рефлюкрат: кислота и пепсин. Дуоденальное содержимое («щелочной» рефлюкс) с наличием солей желчных кислот и панкреатических энзимов.

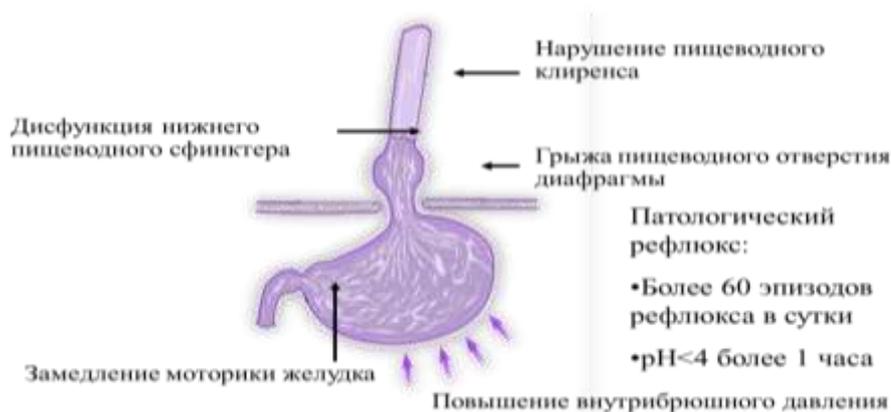
Факторы защиты. НПС. При его несостоятельности возможно снижение функции антирефлюксного барьера: из-за первичного снижения давления в НПС; учащения эпизодов преходящей релаксации; наличия полной или частичной деструктуризацией НПС при ГПОД. Клиренс полости желудка предотвращает рефлюкс, удаляя из него вредные агенты.

Клиренс пищевода. Зависит от положения тела (силы тяжести, сокращений пищевода и слюноотделения. В норме пищевод эффективно очищается перистальтическими волнами, как после глотания (первичная перистальтика), так и после растяжения (вторичная перистальтика), когда перистальтическая волна проксимальнее растянутого сегмента выталкивает содержимое обратно в желудок.

Резистентность СО пищевода зависит от трех уровней защиты.

- Предэпителиальный уровень защиты (основной) представлен водным слоем, слоем слизи (муцин, безмуциновый протеин, эпидермальный фактор роста и слюнной простагландин Е-2) и повышенной концентрацией ионов водорода.
- Эпителиальный уровень защиты обусловлен особенностями строения и функции клеток, создающих оптимальный рН - 7,3-7,4 для размножения клеток эпителия.
- Постэпителиальный уровень защиты представлен адекватным кровотоком, поддерживающим адекватную регенерацию ткани и тканевой рН.

Почему возникает гастро-эзофагеальный рефлюкс? [11]



Классификация эзофагита по данным эндоскопии (Лос-анджелес, 1994)

А 1-я степень	Изолированные (не выходящие за пределы двух складок СО пищевода) эрозии диаметром менее 5 мм)
В 2-я степень	Изолированные эрозии диаметром более 5 мм
С 3-я степень	Сливные (выходящие за пределы двух складок СО пищевода) эрозии или язвы, но не циркулярные (захватывающее менее 75% окружности пищевода)
Д 4-я степень	Циркулярное повреждение СО (эрозии или язвы, захватывающие > 75% окружности пищевода)
Осложнения	Глубокие язвы, стриктуры, пищевод Баррета

Клинические симптомы ГЭРБ.

Группа симптомов	Симптомы
<p>А (типичные симптомы) Пищеводные</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Изжога • Отрыжка • Срыгивание (реургитация) • Слюнотечение • Одинофагия • Дисфагия (дисфункциональное глотание) • Боли в эпигастральной области
<p>Б (атипичные симптомы) Внепищеводные</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рефлюксная диспареуния • Некардиальные боли в груди • Ларингеальные симптомы (осиплость голоса и привычное покашливание) <i>Throat</i> • Легочные симптомы • Пароксизмальное ночное апноэ • Икота • Поражение уха, ротовой полости, гингивит • Поражение зубов, вызываемых контактом с кислым рефлюккатом. <i>Действие обильного кал-ва слюны в ротовой полости из-за вагально обусловленного рефлекса, инициируемого кислотой в пищеводе</i>
<p>«Тревожные симптомы»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • упадок питания; • прогрессирующая дисфагия; • скрытое или явное кровотечение

Важно! Имеются рекомендации не просто использовать слово «изжога», но и давать его определение как чувства жжения, по ощущениям поднимающегося из желудка или нижней части грудной клетки вверх к шее. При таком описании изжоги анкетирование оказывается более чувствительным методом диагностики ГЭРБ (чувствительность 92%), чем эндоскопия и рН-мониторинг.

Симптомы ГЭРБ снижают качество жизни пациентов, а также приводят к развитию серьёзных осложнений. Пищевод Баррета и аденокарцинома пищевода – осложнения ГЭРБ. Риск развития аденокарциномы пищевода возрастает с увеличением частоты и продолжительности изжоги.

ГЭРБ: причины у пожилых пациентов.

- Ночные и «лежачие» рефлюксы.
- Высокая распространенность грыжи пищевода.
- Ограничение подвижности /нарушение моторика ЖКТ.
- Уменьшение объема слюны и бикарбонатов.
- Прием лекарственных средств.
- Психологический стресс.

Симптомы осложнений ГЭРБ.

Осложнения	Симптом
Стриктура	Дисфагия
Дисмоторика	Загрудинная боль
Кровотечение	Слабость, утомляемость, гематомезис, мелена, гематохезия
Аспирация	Кашель
Эпителий Баррета	Боль (язва), анорексия (рак)
Глубокие язвы пищевода	Боль, дисфагия

Механизм рефлюкса в связи с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы - пролабирование части желудка в грудную клетку через мышечную часть диафрагмы. После эпизода рефлюкса происходят перистальтические сокращения пищевода, которые очищают болюс кислоты из пищевода в грыжевой мешок ГПОД. Впоследствии релаксация НПС, вызванные глотанием, ведут к рефлюксу кислоты из грыжевого мешка в пищевод. Такая последовательность событий может повторяться многократно и приводить к заметному удлинению клиренса кислоты. Это может привести к боли (изжоге) и повреждению нижней части пищевода и более того, к стриктурам (сужению) пищевода и раку пищевода. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может усугубляться ожирением и/или курением.

Интерпретация диагностических исследований ГЭРБ.

Тест	Информация	Недостатки
Бариевая эзофагограмма	ГПОД, стриктуры пищевода, пищеводные дивертикулы, парацищеводные грыжи, пептическая язва, ГЭР	N картина при ГЭРБ, не выявляет: эзофагит, метаплазию Баррета, эрозии
ЭГДС	Наиболее чувствит. тест для выявл. эзофагита (с биопсией – этиология), исключение др. патологии. Преобладание дневного и ночного ГЭР, кислотного и щелочного; ст. тяжести кислоты. ГЭР, связь ГЭР с симптомами в т.ч. атипичными. Осн. Метод эндонегативной ГЭРБ.	Инвазивность, высокая стоимость
Амбулаторный рН- мониторинг		Дорогой метод
Пищеводная манометрия	Моторика, давление НПС, переходящие релаксации, Точное нахождение НПС; патологические волны Р.	Невысокая информативность
Перфузионный тест с NCL	Чувствительность к кислоте; дифференц. Д-з некардиальных болей. Выявл. НеЭРБ. Пищевод Баррета	
Хромоскопия с конго красным, метиленевым синим	Дисплазия, неоплазия.	Избирательная диагностика
Биопсия	ПГ верификация эзофагита; Выявление НР	
Сцинтиграфия	Выявления пищевода Баррета.	Дорогой, спец. учрежд.
Рабепразоловый тест.	Пищеводный транзит. ГЭР	Сложность

24-часовой рН-мониторинг позволяет выявить: чрезмерное воздействие кислоты на пищевод (патологический ГЭР, а также связь симптомов с воздействием кислоты на пищевод у больных

ГЭРБ с сохраняющимися на фоне терапии симптомами и позволяет оценить адекватность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП).

Показания для ранней эзофагоскопии.

- Тревожные симптомы (дисфагия, потеря массы тела, кровотечение, пальпируемое абдоминальное образование)
- Атипичные симптомы, вызывающие диагностические проблемы
- Симптомы, рефрактерные к начальной терапии.
- Предоперационная подготовка.

Верхняя эндоскопия также рекомендуется.

- Пациентам с частыми, длительными беспокоящими симптомами.
- После окончания лекарственной терапии ГЭРБ.
- Для выявления пищевода Баррета.

Тест с ИПП. Терапевтический тест в диагностике ГЭРБ. Проводится тогда, когда диагностика ГЭРБ затруднена - при отсутствии эзофагита у 40% б-х с типичными симптомами ГЭР. Установлена большая чувствительность этого теста по сравнению с суточной рН-метрией. Особенно ценен у больных с астмой.

Тест с ИПП считается положительным при исчезновении соответствующей симптоматики (изжоги, болей в грудной клетке или бронхолегочных проявлений) в течение 2-3 суток после приема терапевтической дозы ИПП. При назначении рабепразола, в отличие от других ИПП, купировать симптомы ГЭРБ можно в течение первых 24 часов после начала применения.

Общетерапевтические мероприятия.

От лечения больные ждут быстрого исчезновения субъективных симптомов, а врачи сосредоточены на достижении эндоскопической ремиссии. Существует точка зрения, что возможно лечение ГЭРБ без проведения ФГС. Если терапия эффективна и отсутствуют симптомы тревоги, исследование можно вообще не проводить (из экономических соображений). Однако, при выраженной симптоматике и/или длительном анамнезе ГЭРБ эзофагогастроскопия необходима: эффективность лечения повышается, будет своевременно выявлен пищевод Баррета. Возможно назначение эмпирического лечения, а дорогостоящие диагностические тесты могут проводиться только больным с подозрением на имеющиеся осложнения или тем, у которых медикаментозная терапия не дала эффекта.

Лечение ГЭРБ включает.

- Изменение образа жизни.
- Прием антацидов.
- Прием прокинетики.
- Прием ингибиторов секреции – блокаторов протонной помпы.
- Выполнение антирефлюксной хирургической операции.

Изменение образа жизни при ГЭРБ предусматривает.

- Дробный, частый прием пищи малыми порциями.
- Не принимать горизонтального положения тела после еды.
- Контроль ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление: переедания, запоров, подъема тяжестей.
- Подъем головного конца кровати во время сна.
- Избегать приема медикаментов, уменьшающих давление НПС: антихолинергических, ксантинов, блокаторов кальциевых каналов, простагландинов, прогестерона, β -адренергических агонистов, α -адреноблокаторов, нитратов, антидепрессантов.
- Избегать приема препаратов, вызывающих повреждение СО: нестероидных противовоспалительных препаратов, доксициклина, хинидина.
- Отказ от курения.

Диетические рекомендации.

- Избегать приема пищевых продуктов, снижающих давление НПС: животных жиров (бульонов, ухи, наваров, хаша, сала, сметаны), шоколада, кофе, крепкого чая, алкоголя, специй (чеснока, лука, перца)
- Избегать приема пищевых продуктов, раздражающих СО пищевода: цитрусовых, (кислых фруктовых соков), томатов, кофе, острых блюд.
- Уменьшить массу тела.

Необходимо отметить, что высококалорийная пища и большие порции еды повышают частоту ГЭРБ и симптомов ФД. Жиры понижают тонус нижнего пищеводного сфинктера, повышают время релаксации НПС, уменьшают скорость опорожнения желудка, повышают чувствительность слизистой пищевода. Углеводы имеют минимальное влияние на гастро-эзофагеальный переход, хотя при их ведении в илеус ингибируется моторика проксимальной части кишечника, повышается время транзита содержимого по тонкому кишечнику, уменьшается скорость опорожнения желудка. Алкоголь замедляет период освобождения желудка от пищи. Хотя есть данные об уменьшении развития диспепсических проявлений при употреблении крепкого алкоголя с жирной пищей. Влияние алкоголя, кофе, лука и соков на симптомы ГЭРБ и ФД нуждаются в пересмотре, и диетические рекомендации находятся в процессе разработки.

Лечение ГЭРБ (медикаментозная терапия).

- Антацидные средства.
- Блокаторы H_2 -рецепторов гистамина.
- Блокаторы H^+K^+ -АТФазы.
- Прокинетики.

Для купирования симптомов ГЭРБ и профилактики осложнений необходим эффективный контроль кислотообразования. Согласно правилу Белла, ключом к сокращению симптомов и улучшению процессов регенерации СО пищевода является поддержание уровня интрагастрального $pH > 4$. Чем дольше уровень pH удерживается выше 4, тем больше пациентов выздоравливают в течение 8 недель.

В настоящее время используются 6 ингибиторов протонной помпы: 1) омепразол, 2) эзомепразол, составляющие омепразоловую группу; 3) лансопразол; 4) пантопразол; 5) рабепразол (Парияет); 6) Тенатопразол⁷

Все 6 ИПП – высокоэффективные и безопасные препараты. При ГЭРБ результаты заживления не имеют различий, о чем свидетельствуют большинство исследователей, в том числе один из ведущих гастроэнтерологов мира Kenneth DeVault. Он же отмечает, что рабепразол и лансопразол в отличие от других ИПП менее зависимы от pH, поэтому активируются значительно быстрее (отсюда более раннее стихание симптомов). К тому же рабепразол имеет более высокий показатель pK_a , а потому является самым сильным ИПП и в сравнении с другими ИПП *вариабельность в интрагастральном кислотосупрессивном ответе значительно меньше с рабепразолом.*

В отличие от ИПП омепразоловой группы рабепразол не нарушает моторно–эвакуаторную функцию желудка.

Важно! Ингибиторы протонной помпы во время беременности увеличивают риск рождения детей с пороками сердца.

Стандартные дозы ИПП:

- Омепразол 20-40 мг в сутки;
- Эзомепразол 20-40 мг в сутки.
- Лансопразол 30-60 мг в сутки;
- Пантопразол 40 мг в сутки;
- Рабепразол 20-40 мг в сутки;
- Тенатопразол 400 мг в сутки.

У всех современных необратимых ИПП выраженность антисекреторного эффекта коррелирует не с концентрацией препарата не в плазме крови, но с площадью под фармакокинетической кривой «концентрация-время» (AUC). Таким образом, антисекреторный эффект ИПП определяется количеством препарата, достигшим протонной помпы, а не его концентрацией в плазме крови.

Основной курс лечения ГЭРБ - 8 недель.

Эрозивная ГЭРБ:	Неэрозивная ГЭРБ:
Париет 20 мг или препараты омепразоловой группы 40 мг или лансопразол 60 мг один раз в сутки	Париет 10 мг или препараты омепразоловой группы 20 мг или лансопразол 30 мг один раз в сутки
	Возможен прием «по требованию», то есть только при возникновении изжоги
Курс поддерживающего лечения 26 - 52 недель	
Париет 20 мг -10 мг или препараты омепразоловой группы 40-20 мг или лансопразол 60-30 мг один раз в сутки	Возможен прием «по требованию», то есть только при возникновении изжоги

H2 – блокаторы менее эффективны, чем ИПП по следующим позициям:

- Неполный контроль желудочной секреции.
- Уступают ИПП при ГЭРБ и лечении НПВП-гастропатий.
- Не используются в эрадикационных схемах.
- Возможен феномен «рикошета» при отмене.
- Эффективность у курящих пациентов снижена.

Антациды - группа лекарственных препаратов, снижающих кислотность содержимого желудка за счет химического взаимодействия с соляной кислотой желудочного сока и её нейтрализацией и используются только для быстрого купирования симптомов ГЭР.

Сравнительная характеристика фармакологических свойств прокинетики, используемых в России.

Показатель	Итоприда гидрохлорид	Метоклопрамид	Домперидон
Прокинети́ческое действие	Выраженное	Выраженное	Выраженное
Механизм действия	Двойной: D ₂ -антагонист, ингибитор ацетилхолинэстеразы	Двойной: D ₂ -антагонист, 5-HT ₄ -ацетил-холинэстеразы	Одинарный: D ₂ -антагонист
Противорвотное действие	Умеренное	Выраженное	Умеренное
Удлинение интервала Q-T	Не вызывает	Не вызывает	Не вызывает
Экстрапирамидные эффекты	Редко	Часто	Редко

Причины неэффективности медикаментозного лечения ГЭРБ:

- Неправильная диагностика ГЭРБ.
- Недостаточное подавление секреции.
- Наличие с. Золлингера-Эллисона.
- Заболевания вызвано приемом медикаментов.
- Развитие РБ на фоне желчного рефлюкса.
- Аденокарцинома пищевода.
- Синдром Баррета.

Показания для выполнения антирефлюксных хирургических операций.

- Запущенное заболевание: анатомическое изменение, функциональные дефекты, изжога и регургитация, нестойкий ответ на ИПП и увеличение дозировки ИПП.

- Стойкие, неацетозависимые симптомы (аспирация, регургитация, объемный рефлюкс).
- Как альтернатива долгосрочной терапии ИПП.

Основные виды антирефлюксных хирургических операций –

вариации метода фундопликация по Ниссену, в том числе лапароскопические:

- Создает препятствие желудочно-пищеводному рефлюксу.
- Показана при осложненном течении заболевания.
- Должна обсуждаться с больным при доказанной неэффективности медикаментозного лечения в течение 1,5 лет.

Ключевые моменты:

- Тщательный сбор симптомов и анамнеза – ключ к диагнозу ГЭРБ.
- Диагноз, основанный на симптомах, может быть подтвержден эффективным лечением.
- Явные эндоскопические признаки обнаруживаются менее чем у половины пациентов.
- Лечение должно начинаться применением наиболее эффективных препаратов – ИПП.
- Большинство пациентов требуют длительного лечения, при котором основным принципом является уменьшить стоимость лечения, эффективного для контроля симптомов.
- Антирефлюксная терапия сравнима по эффективности с длительной терапией ИПП, но менее предсказуема.

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА.

Пищевод Баррета (ПБ) или «Зловещее последствие ГЭР» – приобретенная патология, возникающая вследствие длительного кислотного или щелочного рефлюкса, при которой разрушенный многослойный сквамозный эпителий нижней части пищевода подвергается тонкокишечной интестинальной метаплазии, предрасполагающей к развитию аденокарциномы пищевода.

В 1950 г. Норман Баррет описал призматический эпителий в дистальной части пищевода и считал, что это не пищевод, а сместившийся в грудную полость желудок. В 1957 г. Баррет согласился, что речь идет не о сместившемся желудке, а пороке развития – дислокации в пищевод желудочного эпителия. Заслуга же Баррета состоит в том, что он связал развитие аденокарциномы пищевода с наличием очагов призматического эпителия.

Возможно ли врожденное происхождение пищевода Баррета? В процессе эмбриогенеза пищевод выстилается цилиндрическим эпителием, который начинает замещаться сквамозным в течение 17-й недели развития эмбриона. Это замещение начинается с середины пищевода и продолжается дистально. Процесс заканчивается в цервикальной части пищевода к моменту рождения. Островки цилиндрического эпителия могут оставаться в цервикальной части пищевода, что существенно отличает его от приобретенного эпителия Баррета, возникающего в нижней 1/3 пищевода.

Эктопическую СО желудка необходимо выявлять в верхней 1/3 пищевода. В ¼ случаев она манифестируется дисфагией и может быть причиной крико-фарингеального спазма. Так как эти очаги сецернируют соляную кислоту, их можно выявлять хромоэзофагоскопией с конго красным.

ПБ отмечается примерно у 8-20 % взрослых и у 7-13% детей с симптомами ГЭРБ. Распространенность ПБ по результатам аутопсии оказалась в 16 раз выше частоты клинически диагностированных случаев. Риск развития аденокарциномы составляет примерно 10%.

Эпидемиология ПБ.

- У взрослых развивается в возрасте около 40 лет.
- Соотношение М:Ж = 3:1.
- Преобладает среди людей белой расы.
- Характерны симптомы ГЭРБ.
- Метаплазированный эпителий в пищеводе сам по себе не вызывает симптомов и даже наоборот является менее чувствительным к боли, чем природный сквамозный

эпителий пищевода. Поэтому 25% пациентов с ПБ не имеют симптомов ГЭРБ, а у других они менее выражены.

- Патогномоничных симптомов ПБ не существует, однако длительный анамнез ГЭРБ и возраст пациента коррелируют с наличием метаплазии Баррета.

Предрасполагающие (патогенетические) факторы риска пищевода Баррета:

- Выраженная ГЭРБ.
- Желудочная гиперсекреция кислоты.
- ДГР.
- ГЭР не только кислотный, но и желчный (ГЭР + ДГР).
- Сниженная болевая чувствительность пищевода.
- Белая раса.
- Пожилой возраст.
- Наличие аксиальной грыжи (грыжи пищеводного отверстия диафрагмы).
- Центральное ожирение.
- Злоупотребление алкоголем и курение.
- Наследственная предрасположенность.

Этапы злокачественной трансформации эпителия пищевода



ДИАГНОСТИКА.

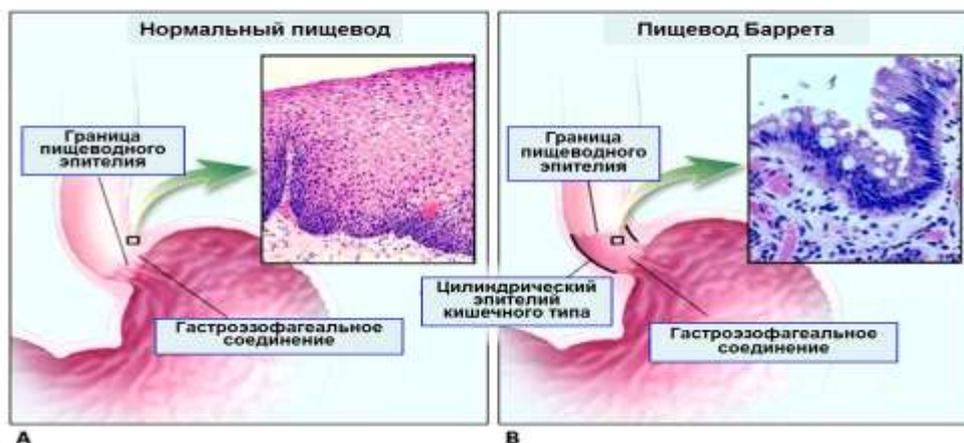
Эндоскопия – основной метод диагностики эпителия Баррета. Эпителий Баррета имеет вид вельветоподобной красной СО, которая дистально незаметно смешивается со СО проксимального отдела желудка, а проксимально – с плоскоклеточным эпителием пищевода розового цвета; нерегулярный характер Z-линии (зубчатая линия в месте соединения пищевода и желудка; переход сквамозного эпителия пищевода в цилиндрический эпителий желудка с короткими (1-2 см) включениями желудочной СО в дистальной части пищевода; у 80-90% пациентов с ПБ определяется хиатальная грыжа).

Хромозофагоскопия. Толуидиновый синий, метиленевый синий или индиго кармин селективно окрашивают метаплазированную СО, оставляя неокрашенным сквамозный эпителий. Р-р Люголя селективно окрашивает сквамозный эпителий.

Биопсия. Целесообразно брать биоптаты из четырех квадрантов, начиная в гастроэзофагальном соединении с интервалами 1-2 см к проксимальному краю слизистой Баррета, а также из любого подозрительного участка. Гистологически эпителий Баррета является интестинальной метаплазией неполного типа: имеет (1) ворсинчатую поверхность, (2) интестинальные крипты, выстланные слизесекретирующими (3) призматическими и бокаловидными клетками.

Схема сегментов пищевода. Короткий сегмент ПБ - меньше 3 см; длинный сегмент ПБ - больше 3 см.

Пищевод Баррета



Характеристика ПБ: определяем длину сегментов Баррета, время – от начала изменения слизистой пищевода до сформирования ПБ, степень дисплазии.

Эзофагоскопия для выявления метаплазии Баррета показана:

- Пациентам старше 40 лет с симптомами ГЭРБ длительностью более 3 лет независимо от их выраженности пациентам с эзофагитом, стриктурой пищевода или сетчатым рисунком СО пищевода при Ро-логическом исследовании.
- Пациентам после хирургического вмешательства на пищеводе или желудке, которое может предрасполагать к ГЭРБ.
- Больным со склеродермией, с высокими значениями процентного времени кислотного рефлюкса (рН < 4,0 более 5% общего времени) или экспозиции желчи при ДГЭР при пролонгированном мониторинге
- Пациентам с умственной неполноценностью с симптомами ГЭРБ.

ЛЕЧЕНИЕ.

В настоящее время имеется ряд сообщений о частичной регрессии метаплазии Баррета при применении ингибиторов протонной помпы.

Больному необходимо сразу же применение ингибиторов протонной помпы:

*омепразол 20 мг 2 раза в день либо
лансопразол по 30 мг 2 раза в день,
пантопразол 40 мг 2 раза в день,
рабепразол 20 мг 2 раза в день*

Лечение ингибиторами протонной помпы должно быть длительным и непрерывным. На фоне применения омепразола может снижаться эвакуаторная функция желудка. Поэтому целесообразно назначение прокинетики: селективных блокаторов допаминовых рецепторов (домперидон по 10 мг 2 раза в сутки – до 20 мг 2 раза в сутки);

Лечение ПБ предусматривает:

- трансэндоскопическую деструкцию аргоновым лазером метапластической СО;
- фотодинамическую терапию (ФДТ) с использованием фотосенсибилизирующего средства.

Интенсивная терапия ГЭРБ может приводить к регрессии метаплазии и предотвратить развитие рака у больных ПБ.

Диспансеризация.

Наблюдение за больными пищеводом Баррета



Рекомендации РГА по наблюдению за больными пищеводом Баррета

<ul style="list-style-type: none"> • Эндоскопическая диагностика • Гистологическое исследование <p>Выявление дисплазии низкой степени</p> <p>Повторение гистологического исследования через 3 мес</p> <p>Дисплазия низкой степени - 3 мес</p> <p>Дисплазия низкой степени - 6 мес</p> <p>Дисплазия низкой степени</p> <p>Повторение гистологического исследования ежегодно</p>	ИПП в полной дозе	<p>Выявление дисплазии высокой степени</p> <p>Параллельная оценка результатов гистологического исследования</p> <p>Эндоскопическое или хирургическое лечение</p>
--	-------------------	--

Хирургическое лечение ГЭРБ и ПБ.

Основной тип операции при РЭ – фундопликация по Ниссену, в том числе лапароскопическая:

- При пищеводе Баррета и дисплазии высокой степени она дополняется:
 - лазерной деструкцией, коагуляцией аргоновым лазером;
 - фотодинамической деструкцией (за 48-72 ч до процедуры вводят фотосенсибилизирующие препараты, затем воздействуют лазером);
 - эндоскопической локальной резекцией слизистой оболочки пищевода.
- При высокой степени дисплазии и подозрении на развитие аденокарциномы – резекция дистального отдела пищевода.

Факторы риска развития аденокарциномы пищевода.

• Наследственность	0	• H. Pylori	--
• Мужской пол	++	• Вирус папилломы человека	0
• Возраст	++	• Курение	+
• Рефлюкс	+++	• Алкоголь	0
• Рефлюкс	+++	• Фрукты и овощи	--
• Холецистэктомия	+	• Антиоксиданты	--
• Медикаменты, расслабляющие нижний пищеводный сфинктер	++	• Зерновые волокна	-
• Ожирение	+++		

+++ сильно выраженная связь,
 ++ средне выраженная связь,
 + слабо выраженная связь,

0 нет связи,
 - слабоотрицательная связь,
 -- среднеотрицательная связь

Ключевые моменты.

- Пищевод Барретта – состояние, при котором многослойный плоский эпителий пищевода замещен метаплазированным тонкокишечным эпителием.
- Частота выявления ПБ и аденокарциномы в развитых странах увеличивается.

- Пациенты с пищеводом Баррета характеризуются выраженными симптомами ГЭРБ, гипотонией НПС, нарушением моторики пищевода, аксиальной грыжей.
- Диагностика ПБ требует гистологического подтверждения замещения многослойного плоского эпителия пищевода тонкокишечным после проведения эндоскопической биопсии.
- Длинный сегмент (>3 см) и короткий сегмент (<3 см) ПБ выявляется у 5% и 15% пациентов с ГЭРБ, подвергнутых эндоскопической биопсии.
- У 0.5% пациентов с ПБ может развиваться аденокарцинома в течение года.
- Нет специфического (единичного) гена, подтверждавшего бы предрасположенность к прогрессии ПБ в аденокарциному; однако p53, cyclin D, и анеуплоидия могут быть полезными признаками в этом плане.
- Хромозэндоскопия, оптическая когерентная томография, спектроскопия и другие лучевые визуализирующие методы могут быть полезны в диагностике кишечной метаплазии, дисплазии и карциномы.
- Пациенты с ранним выявлением у них карциномы на фоне ПБ могут быть подвергнуты хирургическому, либо эндоскопическому лечению. Эндоскопические методы лечения могут рекомендоваться как альтернативные эзофагэктомии для пациентов с дисплазией.
- Одной из канцер-превентивных стратегий, требующей тестирования, является хемопревенция ПБ аспирином [12].

ПЕРВИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА.

Причины поражения глотки и крикофарингеальной зоны.

Неврологические заболевания: инсульт, болезнь Паркинсона, поражения черепных нервов или подкорковых структур (множественный склероз, нейромышечные заболевания).

Анатомические или мышечные дефекты: миастения гравис, орофарингеальные новообразования, крикофарингеальный спазм, фарингеальные карманы.

Причины поражения пищевода (нижняя дисфагия): карцинома пищевода или пищеводно-желудочного соединения, рефлюксная болезнь с или без стриктур, нарушения моторики пищевода (ахалазия, склеродема, диффузный спазм пищевода).

Классификация заболеваний пищевода.

1. Пороки развития: атрезия, сужение, расширение, ахалазия, удвоение, неопущение желудка, врожденная мембранная диафрагма пищевода.
2. Функциональные заболевания: кардиоспазм, ахалазия, дискинезия (гипотоническая форма, гипертоническая форма), эзофагоспазм, приобретенная халазия (недостаточность кардии).
3. Органические заболевания пищевода: дивертикулы, эзофагит, пептические язвы пищевода, кисты, свищи
4. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода.
5. Инородные тела пищевода.
6. Травматические повреждения пищевода: наружные, внутренние.
7. Опухоли пищевода: доброкачественные, злокачественные.

АХАЛАЗИЯ.

Ахалазия - состояние, при котором НПС не расслабляется при прохождении пищи из пищевода в желудок. Пищевод становится растянутым и наполненным пищей, которая очень медленно просачивается в желудок. Классическая ахалазия - нечастое заболевание.

Причины ахалазии:

- Идиопатическая.
- Вторичная ахалазия: злокачественные новообразования (карцинома желудка, пищевода, легких, pancreas, печени, толстой кишки, простаты; лимфома, мезотелиома), болезнь Chagas, эозинофильный гастроэнтерит, паразитарные инфекции.
- Нейродегенеративные расстройства.

Патофизиология.

- Напряжение и релаксация НПС регулируются возбуждающими (*acetylcholine, substance P*) и ингибиторными (*nitric oxide, vasoactive intestinal peptide*) нейротрансмиттерами.
- У пациентов с ахалазией – недостаток не-адренергических, не-холинергических, ингибиторных ганглионарных клеток, вызывающий дисбаланс возбуждающей и ингибиторной нейротрансмиссии.
- Результат дисбаланса – гипертензивный нерелаксируемый пищеводный сфинктер.

Клиника.

- Дисфагия (на прием как твердой, так и жидкой пищи) обычно лучше проходит полужидкая пища, иногда, наоборот, твердая.
- Регургитация – симптом «завязывания шнура», «мокрой подушки», «ночного кашля»
- Загрудинные боли с иррадиация в шею, нижнюю челюсть, спину, сжимающего или сдавливающего характера, которые могут усиливаться после еды.
- Кашель.
- Изжога.
- Потеря массы тела.
- анемия

Стадии заболевания (по Б.В.Петровскому).

- 1 стадия (начальная) - непостоянный функциональный спазм без расширения пищевода, неполноценный рефлекс раскрытия кардии.
- 2 стадия - стойкий спазм с умеренным расширением пищевода, отсутствие или намечается отсутствие рефлекса раскрытия кардии.
- 3 стадия - рубцовые изменения мышечного слоя кардии с выраженным расширением пищевода, отсутствие рефлекса раскрытия кардии.
- 4 стадия - кардиостеноз с резким расширением пищевода, атонией его стенок, «S-образное» его направление.

Осложнения.

- эзофагит разной степени тяжести вплоть до различной степени тяжести вплоть до развития кандидозного эзофагита, редко - кровотечение.
- легочные осложнения: аспирационная пневмония, бронхит, абсцесс легких, бронхиальная астма, бронхоэктазы.
- перерождение в рак.
- самопроизвольный разрыв пищевода.

Инструментальные методы диагностики ахалазии.

Рентгенологические исследования.

1. Обзорная рентгенография грудной клетки стоя - можно выявить уровень жидкости в проекции средостения вне приема пищи, отсутствие газового пузыря желудка.
2. Рентгеноскопия с барием – выявляется цилиндрический или мешковидный тип пищевода, при 4 стадии заболевания – «S-образная» форма пищевода, задержка бария с горизонтальным уровнем, в желудок барий проникает тонкой струйкой в виде «мышинного хвоста», «пламени перевернутой свечи», вид «завязанного мешка», «клюва птицы»; при этом область кардии с гладким контуром без дефектов наполнения, отмечается некоординированная моторика н/з пищевода.
3. Проба Кона – залпом выпить стакан жидкой контрастной массы.
4. Проба Харста – заполнение пищевода контрастной массой до определенного уровня, создается гидравлическое давление, приводящее к механическому раскрытию кардии, чего не происходит при раке пищевода.
5. Эзофагогастроуденоскопия с биопсией.

Тесты для определения функциональных нарушений.

1. Стационарная (продленная) эзофагоманометрия – баллонный метод или метод открытых катетеров (давление в пищеводе передается через жидкость, заполняющую катетер)

Манометрия при ахалазии:

- Отсутствие пропульсивной перистальтики в теле пищевода (возможны одновременные сокращения).
- Повышенное базальное давление в области НПС.
- Отсутствие релаксации НПС.

2. Сцинтиграфия – с помощью гамма-камеры регистрируют прохождение через пищевод водного болюса, содержащего технеций-99 m, с последующим измерением времени его прохождения по пищеводу.

3. Пищеводное рН – мониторингирование.

Дифференциальная диагностика включает такие заболевания как рак пищевода, стенокардия, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ожог пищевода, эзофагит.

Эндоскопия имеет решающее значение для диагностики механических стриктур и злокачественных новообразований. Однако, опухоль может быть пропущена у 1/3 пациентов из-за ее подслизистого роста. Биопсия может быть негативной при инфильтративном росте некоторых опухолей. При подозрении на злокачественность пациентов необходимо подвергать эндоскопической сонографии, КТ. Даже при дополнительном обследовании некоторые опухоли остаются скрытыми.

ЛЕЧЕНИЕ.

- Исключить воздействие вредных психологических факторов.
- Диета.
- Медикаментозная терапия.
- Кардиодилатация - пневмодилатация, механическая дилатация (дилататор Штарка), пневмогидродилатация. Показания к дилатации: I-II стадии заболевания. Успех данного метода лечения – 81-95%.
- Хирургическая операция (эзофагомиотомия).

Исходы хирургического и нехирургического методов лечения практически одинаковы.

Медикаментозная терапия включает:

- Инъекции ботулинового токсина (Botox). Эффект может быть отсроченным в течение недель или месяцев.
- Длительно действующие нитраты.
- Блокаторы кальциевых каналов (Nifedipine).

Ваш доктор может помочь Вам в выборе необходимого для Вас метода лечения.

СКЛЕРЕДЕМА.

Склередема пищевода – это повреждение автономной нервной системы, микроциркуляторной, иммунной систем, атрофия гладкой мускулатуры и фиброз.

В клинике склереды преобладают изменения кожи, кальциноз, и феномен Raynaud's. У 90% больных вовлечены органы ЖКТ, половина из которых имеет явные клинические симптомы. Поражения пищевода – самые частые из желудочно-кишечных расстройств. При этом проксимальная 1/3 пищевода из-за преобладания поперечно-полосатой мускулатуры в ней остается непораженной.

Симптомы поражения пищевода при склередеме:

- Изжога.
- Дисфагия – из-за наличия стриктур или нарушений моторики пищевода.
- Боли из-за диффузного спазма.

Данные эзофагоскопии:

- Эзофагит.
- Пищевод Баррета из-за гипотензии НПС.
- Стриктуры из-за ГЭР, гипотонии пищевода.
- Кандидозный эзофагит из-за стаза пищи и желудочного сока.

Ведущий метод исследования – **манометрический**, который демонстрирует низкую амплитуду или отсутствие перистальтики в средней и дистальной 1/3 пищевода и низкое давление в НПС. У большинства больных склеродемой типичные нарушения моторики:

нормальные сокращения верхнего пищевода и отсутствие сокращений в среднем и дистальном пищеводе.

Специфического **лечения** не существует. Лечение симптоматическое.

ДИФФУЗНЫЙ СПАЗМ ПИЩЕВОДА. ШТОПОРООБРАЗНЫЙ ПИЩЕВОД.

Оба этих нарушения провоцируют следующие клинические симптомы:

- Дисфагию на жидкую и твердую пищу.
- Загрудинные боли с иррадиацией в руки и спину (боль может быть спровоцирована приемом пищи).
- Признаки ГЭР с наличием эрозий, изъязвлений.

Рентгенологические признаки некоторых заболеваний пищевода, при которых возникает дисфагия

Заболевания	Рентгенологические признаки
Ахалазия	Перистальтика отсутствует на всем протяжении. Определяются расширенные тени средостения, уровень жидкости в пищеводе, отсутствие газового пузыря в желудке и рефлюкса, расширение пищевода и его дистальное сужение
Склеродермия	Нормальная моторика в проксимальном отделе пищевода, в дистальном отделе отсутствие перистальтики, стриктура, свободный рефлюкс
Диффузный спазм пищевода	Нет расширения и терминального сужения пищевода. Сегментарно или генерализованно в виде «штопора» с наличием псевдодивертикулов пищевода сужен

Основной метод диагностики – **пищеводная манометрия**:

1. Одновременные сокращения в теле пищевода.
2. Чрезвычайно большой амплитуды сокращения дистального пищевода (более 180 мм рт. ст.).

Лечение заболеваний, сопровождающихся спазмом пищевода

Гастро-эзофагеальный рефлюкс:

- Антисекреторные препараты.

Беспокойство или депрессия:

- Объяснения и вселение уверенности.
- Психотерапия.
- Анксиолитики.
- Трициклические антидепрессанты.

Другие нарушения с явлениями спазма:

- Нитраты.
- Блокаторы кальциевых каналов.
- Возможная баллонная дилатация.

ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА.

Дивертикул пищевода - это ограниченное выпячивание стенки пищевода. Одно из самых часто встречаемых доброкачественных заболеваний пищевода (0,6% от всех заболеваний пищевода).

Классификация дивертикулов:

1 – по происхождению:

- а – пульсионные (по типу грыжи);
- б – тракционные (в результате склеротических процессов перизофагеальных тканей);
- в – смешанные.

2 – по локализации:

- а – глоточно-пищеводные (дивертикул Ценкера);
- б – бифуркационные;
- в – наддиафрагмальные (эпифренальные)

Патанатомия – стенка дивертикула истончена, слизистая атрофична, иногда с явлениями дивертикулита.

Клиника и диагностика дивертикулов пищевода.

Глоточно-пищеводный дивертикул Ценкера. Встречается чаще у пожилых.

I стадия формирования дивертикула – слабые боли царапающего характера, чувство жжения, першение в горле, легкая дисфагия, незначительная саливация, кашель, тошнота, неприятный запах из рта.

II стадия – при наполнении воздухом и пищей возникают булькающие звуки, слышимые на расстоянии, нарушается глотание (больные едят медленно, придавая определенное положение головы и шеи), иногда во время еды возникает феномен блокады - внезапная остановка пищи (больной делает усиленные глотательные движения, лицо краснеет, ощущение удушья, полуобморочное состояние). Лишь рвота приносит облегчение.

III стадия – выраженная дисфагия, регургитация, симптомы сдавления окружающих пищевод органов (охриплость голоса от сдавления возвратного нерва, аспирация и легочные осложнения, затруднение венозного оттока), при длительном застое появляется зловонный запах изо рта, диспептические явления. Опорожнение дивертикула приносит облегчение.

Объективно: определяется выпячивание на боковой поверхности шеи слева, мягкой консистенции, при надавливании – уменьшается в размерах, иногда определяется синдром Купера – «шум плеска».

Диагностика: рентгенологическое исследование, эндоскопическое исследование.

Лечение – операцией выбора является одномоментная дивертикулэктомия. При противопоказаниях или отказе от операции – диета, прием еды в определенном положении, промывание дивертикула, постуральный дренаж, прием растительного масла или могут сопровождаться аспирацией, загрудинными болями, дисфагией.

Дивертикулы средней части пищевода и наддиафрагмальные могут быть асимптоматичными.

Такие бифуркационные (чаще тракционные) дивертикулы не имеют специфической клинической картины, обнаруживаются чаще случайно при рентгенологическом исследовании пищевода. В клинически выраженных случаях больные жалуются на затрудненное глотание, боль в грудной клетке, отрыжку, срыгивание, регургитацию, кашель; дисфагия обычно не выражена, так как подобные дивертикулы хорошо дренируются в пищевод. Редко сопровождаются нарушениями ритма сердца из-за давления на левое предсердие.

Осложнения: образование пищеводно-бронхиальных свищей, кровотечение вследствие аррозии сосудов, дивертикулит с образованием абсцесса и редко – перфорация, а также возможна малигнизация, формирование полипоза.

Основной метод диагностики – **рентгенологический с барием.**

Различают 4 стадии развития дивертикула:

- I стадия – по форме напоминает шип розы;
- II стадия – форма булавки;
- III стадия – форма мешка;
- IV стадия – мешок дивертикула сдавливает пищевод

Показания к оперативному лечению – только осложнения.

Выполняют или дивертикулэктомию, или инвагинацию по Жирару.

Эпифренальные (наддиафрагмальные) дивертикулы – чаще пульсионные и нередко сочетаются с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, диффузным спазмом пищевода, ахалазией кардии. Располагаются на задне-правой стенке пищевода на 2-11 см выше диафрагмы. Стенка дивертикула состоит из слизистой оболочки и подслизистого слоя. Форма его шарообразная или грибовидная.

В начальной стадии больные отмечают замедление прохождения пищи, чувство тяжести, боли в нижней части грудины, области мечевидного отростка и чаще после еды. В поздних стадиях отмечается периодически усиливающая дисфагия, срыгивание старой застоявшейся пищей, аэрофагия, зловонный запах изо рта.

Рентгенологическое исследование с барием дает полное представление о величине, локализации дивертикула, состоянии проходимости пищевода.

Лечение. Операцией выбора является одномоментная дивертикулэктомия с укреплением линии швов лоскутом из диафрагмы, плевры или синтетического материала. При локализации дивертикула в абдоминальной части пищевода возможна лапароскопическая дивертикулэктомия.

СИНДРОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА.

Определение. Синдром Мэллори-Вейса - это продольный разрыв слизистой оболочки пищевода, происходящий при сильных позывах к рвоте или во время самой рвоты.

Распространенность синдрома Мэллори-Вейса. Синдром Мэллори-Вейса становится причиной до 10% всех желудочно-кишечных кровотечений. В большинстве случаев синдром Мэллори-Вейса возникает у мужчин 45-60 лет, злоупотребляющих алкоголем.

Причины. Синдром Мэллори-Вейса возникает главным образом при повышении давления в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Внезапное сильное повышение давления в области желудочно-пищеводного перехода приводит к линейному разрыву слизистой оболочки. Давление повышается по многим причинам:

1. Часто синдром Мэллори-Вейса развивается при рвоте. Рвота может возникнуть при употреблении избыточного количества алкоголя, переедании, беременности, панкреатите, холецистите и др. заболеваниях.
2. Икота
3. Кашель
4. Повреждение пищевода при эзофагогастродуоденоскопии.
5. Диафрагмальные грыжи
6. Сердечно-легочная реанимация
7. Тупые травмы живота. При ударе в область живота, падении с высоты, дорожно-транспортное происшествие.

Симптомы синдрома Мэллори-Вейса (клинические проявления).

Клинически синдром Мэллори-Вейса будет проявляться наличием крови в рвотных массах. При чем кровь может отсутствовать во время первых приступов рвоты, когда только происходит разрыв слизистой.

Кроме рвоты с примесью крови у больных с данным синдромом возможно наличие болей в животе, стула черного цвета (мелены).

Диагностика синдрома Мэллори-Вейса.

Из инструментальных методов диагностики синдрома Мэллори-Вейса наибольшую ценность представляет эндоскопическое исследование (эзофагогастродуоденоскопия). Данное исследование позволяет увидеть продольный разрыв слизистой оболочки пищевода. Кроме того, если обнаруживается кровотечение, то его можно попытаться остановить эндоскопически.

В анамнезе больных синдромом Мэллори-Вейса часто можно встретить упоминание об употреблении алкогольных напитков в большом количестве, вследствие чего возникала рвота.

При осмотре больного с разрывом слизистой оболочки пищевода можно обнаружить общие признаки всех кровотечений: бледность кожных покровов, холодный липкий пот, вялость,

тахикардия, гипотония, возможно, даже развитие шока.

В клиническом анализе крови будет снижение количества эритроцитов, уровня гемоглобина, повышение количества тромбоцитов, что свидетельствует о наличии кровотечения.

Лечение при синдроме Мэллори-Вейса

а. Консервативная терапия при синдроме Мэллори-Вейса используются с целью восстановления объема циркулирующей крови. Для этого применяют различные кристаллоидные (NaCl 0,9%, глюкоза 5%, раствор Рингера и др.), коллоидные растворы (альбумин, аминоклазаль и др.), в случае тяжелой кровопотери возможно применение гемотрансфузии (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма)

При рвоте (или позывах на рвоту) применяют метоклопрамид (церукал).

С целью остановки кровотечения используют зонд Блэкмора. Этот зонд имеет 2 баллона. С помощью нижнего баллона зонд фиксируется в желудке в правильном положении, после чего раздувается второй баллон, находящийся в просвете пищевода. Гемостатический эффект достигается за счет механического сдавления кровоточащих сосудов пищевода.

С целью остановки кровотечения возможно применение этамзилата натрия, аминокaproновой кислоты, октреотида.

б. При выполнении эзофагогастродуоденоскопии и обнаружении продольного разрыва слизистой оболочки пищевода с кровотечением, можно попытаться остановить это кровотечение **эндоскопически**. При этом используется:

1. *Обкалывание места кровотечения адреналином.* Раствор адреналина гидрохлорида вводят в область кровотечения, а также вокруг источника кровотечения. Гемостатический эффект достигается за счет сосудосуживающего действия адреналина.

2. *Аргонно-плазменная коагуляция.* Данный метод является одним из наиболее эффективных и одновременно одним или наиболее технически трудным. Применение метода аргонно-плазменной коагуляции позволяет добиться стойкого гемостаза.

3. *Электрокоагуляция.* Также достаточно эффективный метод. Часто применение электрокоагуляции сочетают с введением адреналина.

4. *Введение склерозантов.* Данный метод заключается в том, что гемостатический эффект достигается за счет введения склерозирующих препаратов (полидоканол).

5. *Лигирование сосудов.* При синдроме Мэллори-Вейса часто используется эндоскопическое лигирование кровоточащих сосудов. Применение эндоскопического лигирования сосудов особенно оправдано при сочетании синдрома Мэллори-Вейса и портальной гипертензии с варикозным расширением вен пищевода.

6. *Клипирование сосудов.* По своей сути этот метод схож с предыдущим. Разница лишь в том, что на кровоточащий сосуд накладывается не лигатура, а металлическая клипса. Наложение клипс возможно с помощью аппликатора. К сожалению, эндоскопическое клипирование сосудов не всегда возможно из-за технических трудностей наложения клипс на сосуды.

в. При синдроме Мэллори-Вейса к **хирургическому лечению** прибегают в случае неэффективности консервативной терапии и эндоскопических методов лечения. В этом случае выполняют операцию Бейе: Доступ: срединная лапоротомия. Операция: гастротомия, прошивание кровоточащих сосудов.

Прогноз при синдроме Мэллори-Вейса. Прогноз для жизни при синдроме Мэллори-Вейса благоприятный. В большинстве случаев кровотечение удается остановить (кровотечение останавливается либо самостоятельно, либо в случае применения консервативной терапии, эндоскопических методов лечения, хирургического лечения).

Профилактика при синдроме Мэллори-Вейса. Основной мерой профилактики является предотвращение рвоты. Главной причиной возникновения рвоты, приводящей к синдрому Мэллори-Вейса, является алкогольная интоксикация. Поэтому борьба с злоупотреблением алкоголя положительно влияет на снижение количества больных с этим синдромом. Кроме того необходимо своевременное и адекватное лечение заболеваний желудочно-кишечного

тракта и других заболеваний, сопровождающихся рвотой.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ (ЭЭ).

ЭЭ встречается как у детей, так и взрослых. Чаще у мужчин. у молодых (но описаны случаи у 85 летних).

Симптомы обусловлены хроническим воспалением слизистой пищевода. У большинства пациентов имеется анамнез атопии (пищевой, кожной), астмы. С учащением аллергических заболеваний среди населения будет возрастать и частота ЭЭ.

Симптомы ЭЭ и компенсаторные механизмы.

Симптом	Компенсаторный механизм
Дисфагия, нарушения глотания	Исключение из рациона твердых и объемных продуктов, измельчение пищи на маленькие кусочки, длительное пережевывание пищевого комка, смазывание продуктов маслом или прием пищи совместно с жидкостью, обильное запивание водой глотка, удлинение времени приема пищи
Вклинение пищевого комка в пищевод	Запивание водой, закидывание рук за голову, прыжки вверх и вниз с целью протолкнуть пищевой комок в желудок
Боль в грудной клетке	Исключение из рациона продуктов, усиливающих боль: твердых и объемных, кислых продуктов, алкоголя
ГЭРБ-подобные симптомы, резистентные к антисекреторному и хирургическому лечению	-
Боль в животе	-
Рвота	-
Анорексия и раннее насыщение	-

Эндоскопические особенности ЭоЭ
Изолированные стриктуры (проксимальные или дистальные)
Продольные сужения просвета пищевода
Белесый экссудат
Вертикальные борозды
Фиксированные концентрические кольца (трахеевидный пищевод)
Подвижные концентрические кольца (кошачий пищевод)

Большие признаки.

- Диагноз верифицируется **биопсией** при эндоскопии. В биоптатах более 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения (x400);
- Эозинофильные микроабсцессы (скопление 4 и более эозинофилов в пределах эпителиального пласта);
- Поверхностно-расположенные эозинофильные инфильтраты;
- Дегрануляция эозинофилов.

Дифференциальный диагноз ГЭРБ И ЭЭ.

Признак	Эозинофильный эзофагит	ГЭРБ
Доминирующий симптом	Дисфагия	Изжога
Эпизоды вклинения пищи в пищевод	Характерны	Нехарактерны
Пол	Доминируют мужчины	Нет различий
Аллергологический анамнез	Отягощен у 70% больных	Не отягощен
Эндоскопические особенности	- Проксимальное или тотальное поражение - Бледность и ранимость слизистой, экссудат - Множественные циркулярные кольца и вертикальные борозды - Стриктуры и сужения пищевода	- Дистальное поражение - Гиперемия, эрозии, язвы, пищевод Баррета
Гистологические особенности	- Более 15 эозинофилов в поле зрения - Склероз собственной пластинки слизистой оболочки - Эозинофильные микроабсцессы	- Менее 7 эозинофилов
Эффективная терапия	Диета, стероидные гормоны	Антациды, ИПП, H ₂ -блокаторы

ЛЕЧЕНИЕ.

- **Диета** с исключением продуктов, обладающих алергизирующим действием.
- Гипоаллергенная диета часто приводит к нормализации слизистой пищевода.
- Пищевые аллергены и аэроаллергены вовлечены в патогенез ЭЭ (для возникновения которого достаточно и непрямого контакта с аллергеном).
- Топическая и системная терапия глюкокортикоидами, применяемыми при *астме или атопическом дерматите*, доказательно эффективна при ЭЭ, особенно у неаллергических пациентов с ЭЭ.

Доказана эффективность трех диетических режимов:

1. Элементные диеты с использованием смесей со строгим аминокислотным составом, что в 90% приводит к достижению гистологической ремиссии у детей.
2. Элиминационные диеты с исключением продуктов, вызывающих аллергию у конкретного больного. Диета основывается на результатах аллергических тестирований (кожные пробы и определение сывороточного IgE). Положительный эффект удается достигнуть в 77 % случаев.
3. Эмпирическая диета с исключением из рациона продуктов с высоким аллергенным потенциалом (яйца, молоко, соя, грибы, орехи, пшеница, рыба и другие). Гистологический ответ на применение этой диеты наблюдается в среднем у 74% пациентов.

Терапия ИПП.

Дозы 20-40 мг (в зависимости от выбранного препарата) 1-2 раза в день в течение 8-12 недель или 1 мг/кг на 1 прием дважды в день 8-12 недель у детей.

Глюкокортикостероидные гормоны.

Высокая эффективность *кортикостероидных* гормонов в лечении ЭоЭ у взрослых и детей обусловлена их способностью значительно снижать синтез факторов роста эозинофилов (ИЛ-5, гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора) и хемоаттрактантов (эотаксин-3), а также индуцировать апоптоз эозинофилов.

Рекомендованные дозы кортикостероидов при ЭЭ.

Препарат (индукция ремиссии)	Возраст
Топические кортикостероиды	
Флутиказон (впрыск-глоток)	Взрослые: 440-880 мкг дважды в день Дети: 88-440 мкг от 2-4 раз в день (до максимальной взрослой дозы)
Будесонид (густая суспензия)	Взрослые и дети старше 10 лет 2 мг в день Дети моложе 10 лет 1 мг в день
Системные кортикостероиды (при потере веса, сужении пищевода, госпитализации)	
Преднизолон	1-2 мг\кг

Прогноз и естественное течение эозинофильного эзофагита

Т. О., на сегодняшний день известно, что, начавшись в детском или юношеском возрасте, эозинофильный эзофагит приобретает первично хроническое течение, постепенно приводя к развитию стриктур и сужений пищевода, дисфагии, необходимости эндоскопических или даже хирургических вмешательств.

Однако характер течения, возможность долговременной ремиссии и самоизлечения, длительность терапии кортикостероидами остаются недостаточно изученными и требуют продолжения исследований.

Диагностика и ведение пациентов с эозинофильным эзофагитом

Резюме: основной симптом – дисфагия (периодически), выраженное нарушение качества жизни, наиболее часто встречается у молодых пациентов с бронхиальной астмой, присущи специфические эндоскопические особенности, хотя возможно и отсутствие изменений при эндоскопии, подтверждение диагноза только гистологическое (?), лечение – диета, препараты (топические стероиды, монтелукаст) и дилатация. Иммуноterapia все еще не удачна для лечения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Синдром гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР): причины, опорные признаки.
2. Рефлюкс - эзофагит: опорные признаки, патогенез.
3. Синдром дисфагии: причины, опорные признаки.
4. Отличие органической и функциональной дисфагии.
5. Синдром острого кровотечения из верхнего отрезка ЖКТ: определение, опорные признаки.
6. Синдром острого кровотечения из пищевода: виды и способы купирования. Перечислить основные гемостатические препараты.
7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ): понятие, клинические проявления.
8. Морфологический субстрат ГЭРБ.
9. Основные группы антисекреторных препаратов в терапии ГЭРБ.
10. Принципы лечения ГЭРБ.
11. Немедикаментозная терапия ГЭРБ.
12. Пищевод Баррета (ПБ). Определение. Этиология. Патогенез.
13. Основные синдромы при пищеводе Баррета.
14. Особенности лечения и диспансеризации при пищеводе Баррета.
15. Блокаторы протонной помпы: тактика применения при ГЭРБ и пищеводе Баррета.
16. Диспансеризация и ведение больных с пищеводом Баррета.
17. Причины болей в животе: перечислить основные заболевания.
18. Понятие о висцеральной и соматической боли, отличия,
19. Способы купирования болей в животе в зависимости от патогенеза.
20. Диагностика дивертикулов пищевода, тактика ведения больных в амбулаторных условиях.
21. Дивертикул Ценкера, понятие, клинические проявления.
22. Дивертикул Ценкера, тактика ведения больных в амбулаторных условиях.

23. Понятие о первичной и вторичной ахалазии.
24. Ахалазия. Диагностика. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
25. Поражения пищевода при склеродеме.
26. Диагностика штопорообразного пищевода.
27. Диффузный спазм пищевода. Дифференциальный диагноз.
28. Диффузный спазм пищевода. Клиника и лечение.
29. Эозинофильный эзофагит. Определение. Эпидемиология.
30. Эозинофильный эзофагит. Патогенез. Диагностика.
31. Эозинофильный эзофагит. Лечение.
32. Синдром Мэллори-Вейса: причины, патогенез.
33. Синдром Мэллори-Вейса: клиника, лечение.
34. Факторы риска развития онкопатологии пищевода.
35. Показания к рентгенографии пищевода, эзофагоскопии, пищеводной манометрии.
36. Виды и цели хирургического вмешательства у больных с заболеваниями пищевода.

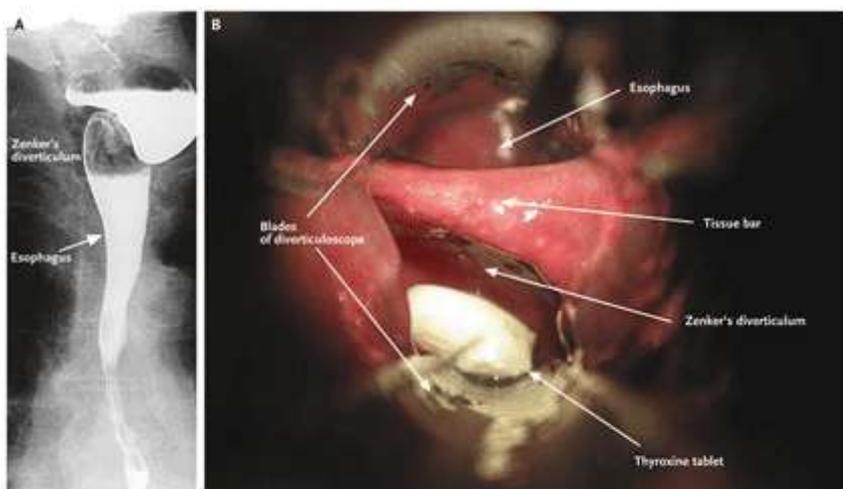
Ситуационные задачи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1.

К участковому терапевту обратился 68-летний мужчина с **жалобами** на прогрессирующую дисфагию и регургитацию, которые достигли такой степени, что пациент не мог ни есть, ни пить без мучительного кашля и разбрызгивания слюны изо рта. Из **анамнеза** известно, что больной получал тироксин-заместительную терапию. При **объективном** обследовании выявлены признаки пониженного питания и микседемы. **Лабораторные** исследования крови подтвердили наличие гипотирозидизма. Пероральное рентген-контрастное исследование продемонстрировало наличие большого дивертикула Ценкера (Рисунок А). Пациент был госпитализирован. Ему было назначено **лечение**: энтеральное питание и тироксин-заместительная терапия через назогастральный зонд. После оптимизации нутритивного и тиреоидного статуса больному была произведена эндоскопическая дивертикулотомия с ушиванием. Во время эндоскопического оперативного лечения - проведения дивертикулоскопа для удаления тканевого соединения между пищеводом и полостью дивертикула - была обнаружена таблетка тироксина (как в ловушке) в дивертикуле (Рисунок В). Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент впоследствии достиг эутиреоидного состояния; акт глотания полностью восстановился. Эндоскопическая дивертикулотомия с ушиванием может считаться методом выбора для лечения пациентов с дивертикулом Ценкера.

Рис. А.

Рис. В.



Вопросы к задаче:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

3. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и перечислите исследования, необходимые для его подтверждения.
4. Дайте определение основного заболевания.
5. Клинико-лабораторные особенности течения данного заболевания.
6. Перечислите заболевания с которыми следует дифференцировать данную патологию.
7. Определите план лечения, необходимые препараты, продолжительность терапии. Какова тактика обследования и лечения в данном случае?
8. Возможные осложнения и исходы основного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ №1.

1. Клинические синдромы: синдром дисфагии, синдром трахеобронхита, синдром упадка питания, синдром гипотиреоза.
2. Оценка лабораторно-инструментальных методов исследования. Необходимо назначить: ТЗ, Т4, ТТГ; импедансметрию, Ро-графию грудной клетки, УЗИ щитовидной железы.
3. Предварительный клинический диагноз: Дивертикул Ценкера на фоне неудовлетворительной тироксин-заместительной терапии по поводу микседемы и упадка питания.
Исследования, необходимые для его подтверждения: рентгенконтрастное исследование глотки и пищевода; эзофагоскопию.
4. Определение основного заболевания. Дивертикул Ценкера обнаруживается чаще в пожилом возрасте и обусловлен выбуханием и растяжением задней стенки глотки с образованием слизисто-мышечного «моста» между верхним пищеводным сфинктером и самим дивертикулом.
5. Клинико-лабораторные особенности течения данного заболевания.
Типичными проявлениями дивертикула Ценкера является наличие синдрома дисфагии, синдрома трахеобронхита, пожилой возраст пациента.
Особенностями конкретной клинической ситуации является наличие выраженного гипотиреоза на фоне синдрома упадка питания.
6. Заболевания, с которыми следует дифференцировать данную патологию: онкопатология глотки и пищевода.
7. План лечения: иссечение дивертикула с последующим ушиванием дивертикулярного «мешка».
8. Осложнения: перфорация, кровотечение, присоединение вторичной аспирационной пневмонии, халитоз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2.

Больная в возрасте 51 года обратилась в поликлинику с **жалобами** на чувство затруднения при глотании пищи.

Анамнез болезни. Страдает астмой с подросткового возраста.

Данные обследования. При *эзофагогастродуоденоскопии* был выявлен классический «кошачий» пищевод с кольцевидными изменениями слизистой оболочки и наличием стриктуры пищевода над пищеводно-желудочным соединением (*Рисунок А*).

В *биопсийных* образцах проксимального и дистального отделов пищевода были обнаружены выраженные эозинофильные инфильтраты в слизистой оболочке (*Рисунок В*, гематоксилин и эозин).

Лечение. Стриктура в области дистального пищевода была дилатирована с использованием баллонного дилататора. Консервативное лечение состояло в назначении ингаляций флутиказона (по 4 вдоха 220 мг 2 раза в день), инструктажем по глотанию пищи мелкими порциями и полосканию полости рта после ингаляции лекарственного препарата.

Диспансерное наблюдение в течение 2 месяцев показало исчезновение симптомов дисфагии и улучшение гистологической картины слизистой оболочки пищевода.

Рисунок А.

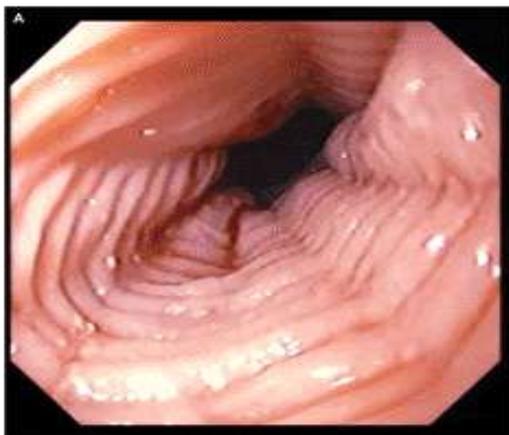
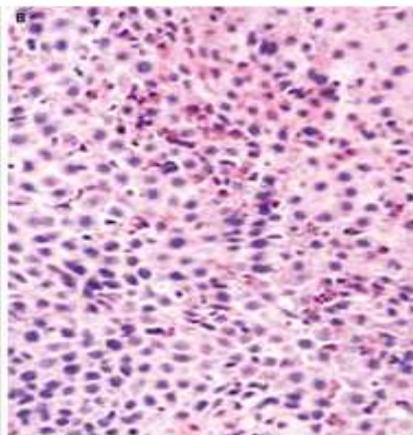


Рисунок В.



Вопросы к задаче № 2.

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.
3. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и перечислите исследования, необходимые для его подтверждения.
4. Дайте определение и классификацию основного заболевания.
5. Фенотипические предпосылки развития эозинофильного эзофагита.
6. Клинико-лабораторные особенности течения данного заболевания.
7. Перечислите заболевания с которыми следует дифференцировать данную патологию.
8. Определите план лечения.
9. Возможные осложнения и исходы основного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 2.

1. Основные синдромы: умеренно выраженный симптом дисфагии.

2. Оценка результаты лабораторно-инструментальных методов исследования: наличие изменений слизистой оболочки пищевода в виде колец разного диаметра и высоты, а также наличие более 20 эозинофилов в поле зрения в биопсийном материале является достаточным обоснованием диагноза эозинофильного эзофагита.

3. Клинический диагноз. Учитывая жалобы больной на дисфагию, наличие астмы в анамнезе, наличие кольцевидных изменений слизистой оболочки и стриктуры пищевода над пищеводно-желудочным соединением *при эзофагогастродуоденоскопии*, а также обнаружение эозинофильных инфильтратов в *биопсийных* образцах слизистой оболочки позволяют установить **клинический диагноз:** Эозинофильный эзофагит. Астма, средняя персистирующая, стадия ремиссии.

4. Дайте определение и классификацию основного заболевания.

- Эозинофильный эзофагит – это хроническое воспаление с аккумуляцией эозинофилов в слизистой оболочке.
- Чаще встречается у молодых мужчин (у детей, и взрослых).
- Эозинофильный эзофагит тесно ассоциирован с atopическими заболеваниями (астма, atopический дерматит, аллергический ринит, пищевая и другие виды аллергии).

Начало эозинофильного эзофагита у взрослых остается редко распознаваемым состоянием (редким диагнозом) в клинической практике.

5. Фенотипические предпосылки развития эозинофильного эзофагита.

- Чаще у молодых мужчин.
- Наличие аллергического заболевания или любого вида atopии.
- Может сочетаться с эозинофильным гастритом.
- Возможна генетическая предрасположенность.
- Может провоцироваться приемом лекарств, воздействием экзогенных факторов, включая

аэроаллергены (поллютанты).

6. План обследования и клинико-лабораторные особенности течения данного заболевания. План обследования должен включать эзофагогастродуоденоскопию, гистологическое исследование белесоватого налета на слизистой пищевода, биопсийного материала слизистой.

7. **Дифференцировать** с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, при которой возможно образование стриктуры; с кандидозом пищевода (белесоватый налет при эозинофильном эзофагите и кандидозе визуально не различаются).

8. **План лечения.** Оптимальное лечение остается недостаточно разработанным.

Назначают:

- Диету с исключением продуктов, обладающих аллергизирующим действием;
- Гипоаллергенная диета часто приводит к нормализации слизистой пищевода;
- Топическая и системная терапия глюкокортикоидами, применяемыми при астме;
- Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов и блокаторы протонной помпы уменьшают выраженность воспаления.

9. **Осложнения:** перфорация при введении эндоскопа, при дилатации пищевода.

ТЕСТЫ

1. Дисфагия при раке пищевода проявляется прежде всего на пищу:

- 1) жирную
- 2) твердую
- 3) горячую
- 4) холодную
- 5) все перечисленное

2. Облегчение глотания на фоне постоянной дисфагии указывает:

- 1) на распад опухоли
- 2) на кровотечение
- 3) на образование свища
- 4) на пенетрацию
- 5) на перфорацию

3. Для болевого синдрома при раке пищевода характерно:

- 1) связь с приемом пищи
- 2) ночные спонтанные боли
- 3) иррадиация в спину, шею, левую половину грудной клетки
- 4) все перечисленное

4. Этиологическими факторами, предрасполагающими к развитию рака пищевода, являются:

- 1) травма пищевода
- 2) острая пища
- 3) курение
- 4) алкоголь
- 5) все перечисленное

5. Хроническими заболеваниями пищевода, на фоне которых может развиваться рак пищевода, являются:

- 1) хронический эзофагит
- 2) пептическая язва пищевода
- 3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) ахалазия кардии
- 5) все перечисленные

6. Наиболее редкой локализацией рака пищевода является:

- 1) верхняя треть пищевода
- 2) средняя треть пищевода

3) нижняя треть пищевода

4) места физиологических сужений

7. Патологоанатомическими формами рака пищевода являются:

1) мозговидно-язвенная

2) полипозная (сосочковый)

3) фунгоидная

4) скирр

5) все перечисленное

8. Морфологическими формами рака пищевода являются:

1) плоскоклеточный

2) аденокарцинома

3) все перечисленное

9. Клиническими симптомами, указывающими на рак пищевода, являются:

0.00: слабость

0.00: снижение аппетита

0.00: потеря веса

0.00: дисфагия

5) все перечисленное

10. Для кардиоэзофагеального рака характерны:

1) дисфагия

2) регургитация

3) боли

4) икота

5) все перечисленное

11. Для ларинготрахеальной маски рака пищевода характерны:

1) кашель

2) охриплость голоса

3) боли

4) все перечисленное

12. Кардиальная маска рака пищевода проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме:

1) болей за грудиной

2) отсутствия связи болей с приемом пищи

3) сердцебиения

4) брадикардии

13. Основными методами диагностики рака пищевода являются:

1) рентгенологический

2) эзофагоскопия

3) цитология

4) все перечисленное

14. Радиоизотопное исследование пищевода проводится:

1) при отрицательных результатах рентгеноскопии

2) при отрицательных результатах эзофагоскопии

3) при отрицательных результатах биопсии

4) при всем перечисленном

15. Рентгенологические признаки рака пищевода включают:

1) сужение пищевода

2) асимметричное бокаловидное расширение

3) все перечисленное

16. Осложнения при неоперабельном раке пищевода наблюдаются в виде:

1) бронхопищеводного свища

2) легочно-плевральных осложнений

- 3) кровотечения
- 4) паралича возвратных нервов
- 5) всего перечисленного

17. Рак верхних отделов пищевода дает метастазы в лимфоузлы:

- 1) шеи
- 2) трахеи
- 3) легкого
- 4) все перечисленное

18. Рак средней трети пищевода дает метастазы:

- 1) в лимфоузлы корней легкого
- 2) в плевру
- 3) в легкие

4) все перечисленное

19. Рак нижней трети пищевода дает метастазы:

- 1) в лимфоузлы кардии
- 2) в лимфоузлы малого сальника
- 3) печень

4) все перечисленное

20. К доброкачественным опухолям пищевода относятся:

- 1) полипы
- 2) лейомиомы
- 3) дисэмбриома
- 4) все перечисленное

21. Изнутри пищевод выстилает:

- 1) цилиндрический эпителий
- 2) многослойный плоский эпителий
- 3) кубический эпителий
- 4) каемчатые клетки

22. Противопоказанием для эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является:

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
- 3) дивертикул пищевода
- 4) астматическое состояние
- 5) рак кардиального отдела желудка

23. Основными методами диагностики ахалазии являются:

- 1) рентгенологический метод
- 2) эзофагоскопия
- 3) эзофаготономография
- 4) фармакологические пробы
- 5) рентгенологический метод, эзофагоскопия

24. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются:

- 1) ощущением комка в горле без дисфагии
- 2) дисфагией при употреблении плотной пищи
- 3) постоянной дисфагией
- 4) ощущением комка в горле и дисфагией при употреблении жидкой пищи

25. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены:

- 1) недостаточностью кардии
- 2) рефлюксом желудочного содержимого в пищевод
- 3) пептическим эзофагитом
- 4) недостаточностью кардии, рефлюксом желудочного содержимого в пищевод, пептическим эзофагитом

5) спазмом пищевода

26. ГЭРБ – это:

- 1) воспалительные изменения в дистальной части пищевода
- 2) стриктура пищевода
- 3) язва пищевода
- 4) спазм пищевода
- 5) варикозное расширение вен пищевода

27. Пищевод БАРРЕТА это:

- 1) тонкокишечная метаплазия слизистой пищевода
- 2) пептическая язва пищевода
- 3) стриктура пищевода
- 4) рак пищевода
- 5) спазм пищевода

28. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:

- 1) изъязвленным раком
- 2) лейомиомой
- 3) лейкоплакией
- 4) саркомой
- 5) дивертикулом пищевода

29. При ГЭРБ боль купирует:

- 1) нитроглицерин
- 2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
- 3) транквилизаторы
- 4) кислотоснижающие препараты
- 5) спазмолитики

30. Типичным пищеводным симптомом ГЭРБ является:

- 1) рвота
- 2) отрыжка
- 3) изжога
- 4) давящие боли за грудиной
- 5) сухость во рту

31. ГЭРБ играет роль в патогенезе:

- 1) бронхообструктивного синдрома
- 2) синдрома портальной гипертензии
- 3) синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- 4) желтухи

32. Первоочередной задачей при инородных телах пищевода является:

- 1) противошоковая терапия
- 2) промывание пищевода
- 3) удаление инородных тел
- 4) хирургическое лечение
- 5) дача наркоза

33. Согласно модификации Лос-Анжелесской классификации от 2008 года для начальной стадии ГЭРБ характерно наличие:

- 1) белесоватых пятен
- 2) эритемы с белесоватыми участками слизистой
- 3) кандидозного изменения слизистой
- 4) эрозий н/з пищевода

34. Значения интрагастрального Рн, необходимые для оптимальной терапии ГЭРБ (правило Белла):

- 1) рН>4 в течение суток не менее 22 часов
- 2) рН>2 в течение суток не менее 22 часов

- 3) $pH > 6$ в течение суток не менее 18 часов
- 4) $pH > 8$ в течение суток не менее 10 часов
- 5) $pH \geq 2$ в течение суток не менее 24 часов

35. Препаратами выбора для лечения ГЭРБ являются:

- 1) ИПП
- 2) ИПП+блокаторы H_2 рецепторов гистамина
- 3) антациды
- 4) селективные миотропные спазмолитики
- 5) блокаторы H_2 рецепторов гистамина

36. Для кардиалгической формы ГЭРБ характерно:

- 1) боли за грудиной
- 2) страх смерти
- 3) связь болей с положением тела
- 4) боли за грудиной, связь болей с положением тела
- 5) снятие болей приемом селективных миотропных спазмолитиков

37. В основе современных хирургических методик при ГЭРБ является:

- 1) резекция н/3 пищевода
- 2) стентирование пищевода
- 3) бужирование пищевода
- 4) наложение «манжетки» из дна желудка на н/3 пищевода
- 5) баллонная дилатация н/3 пищевода

38. Наиболее популярной хирургической методикой при ГЭРБ и ГПОД является:

- 1) резекция по Бильрот I
- 2) резекция по Бильрот II
- 3) фундопликация по Ниссену
- 4) герниопластика по Трабукко
- 5) герниопластика по Лихтенштейну

39. Хирургическое лечение при ГЭРБ направлено на:

- 1) подавление секреторного механизма желудка
- 2) создание антирефлюксного механизма
- 3) создание дополнительных защитных свойств слизистой пищевода
- 4) создание резко щелочной среды в пищеводе
- 5) подавление секреторного механизма желудка и создание резко щелочной среды в пищеводе

40. Показаниями к госпитализации больных с ГЭРБ являются:

- 1) выраженный эзофагит
- 2) неэрозивная ГЭРБ
- 3) эрозивная ГЭРБ
- 4) антирефлюксное лечение при осложненном течении заболевания, а также при неэффективности адекватной медикаментозной терапии
- 5) импедансометрии

41. Эндоскопические признаки эозинофильного эзофагита:

- 1) изолированные стриктуры
- 2) белесоватый экссудат
- 3) фиксированные концентрические кольца
- 4) подвижные концентрические кольца
- 5) все перечисленное

42. При выявлении низкой степени дисплазии эпителия больным с пищеводом Баррета назначают:

- 1) длительный прием (более года) блокаторов протонной помпы, гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев, а затем (при отсутствии отрицательной динамики) ежегодно
- 2) длительный прием (более года) блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов, гистологическое исследование через 6 и 12 месяцев

- 3) длительный прием (более года) алгинат–содержащих антацидов, прокинетиков, гистологическое исследование 12 месяцев
- 4) длительный прием (более года) прокинетиков, гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев

43. При выявлении высокой степени дисплазии эпителия больным с пищеводом Баррета назначают:

- 1) длительный прием (более года) блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, гистологическое исследование через 6 и 12 месяцев
- 2) длительный прием (более года) алгинат–содержащих антацидов, прокинетиков, гистологическое исследование 12 месяцев
- 3) длительный прием (более года) блокаторов протонной помпы, гистологическое исследование через 12-18 месяцев
- 4) длительный прием (более года) прокинетиков, гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев
- 5) ставится вопрос об эндоскопическом или хирургическом лечении

44. Симптомы эозинофильного эзофагита:

- 1) дисфагия
- 2) вклинение пищевого комка в пищевод
- 3) боль в грудной клетке
- 4) ГЭРБ-подобные симптомы, резистентные к антисекреторным препаратам
- 5) Все перечисленное

45. Лечение эозинофильного эзофагита:

- 1) гипоаллергенная диета
- 2) ИПП
- 3) топическая терапия глюкокортикоидами
- 4) системная терапия глюкокортикоидами
- 5) Все перечисленное

46. Дивертикул Ценкера – это:

- 1) глоточно-пищеводный
- 2) бифуркационный
- 3) наддиафрагмальный

47. Лечение ахалазии пищевода включает:

- 1) блокаторы медленных кальциевых каналов
- 2) ботулиновый токсин
- 3) дилатацию гастроэзофагеального перехода
- 4) эзофагомиотомию
- 5) Все перечисленное

48. Синдром Мэллори-Вейса – это:

- 1) пролабирование слизистой кардиального отдела желудка в полость пищевода
- 2) интестинальная метаплазия слизистой пищевода
- 3) продольный разрыв слизистой оболочки пищевода при сильной рвоте

49. Симптомы диффузного спазма пищевода - это:

- 1) Дисфагия на жидкую и твердую пищу
- 2) Загрудинные боли с иррадиацией в руки и спину (боль может быть спровоцирована приемом пищи)
- 3) Признаки ГЭР с наличием эрозий, изъязвлений
- 4) Все перечисленное

50. Преходящие релаксации пищевода – это:

- 1) нарушения моторики НПС
- 2) нарушения секреции
- 3) кардиоспазм
- 4) дивертикул пищевода

5) синдром Мэллори-Вейса

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	<i>2</i>	18	<i>4</i>	35	<i>1</i>
2	<i>1</i>	19	<i>4</i>	36	<i>4</i>
3	<i>4</i>	20	<i>4</i>	37	<i>4</i>
4	<i>5</i>	21	<i>2</i>	38	<i>3</i>
5	<i>5</i>	22	<i>4</i>	39	<i>2</i>
6	<i>1</i>	23	<i>5</i>	40	<i>4</i>
7	<i>5</i>	24	<i>4</i>	41	<i>5</i>
8	<i>3</i>	25	<i>4</i>	42	<i>1</i>
9	<i>5</i>	26	<i>1</i>	43	<i>5</i>
10	<i>5</i>	27	<i>1</i>	44	<i>5</i>
11	<i>4</i>	28	<i>1</i>	45	<i>5</i>
12	<i>4</i>	29	<i>4</i>	46	<i>1</i>
13	<i>4</i>	30	<i>3</i>	47	<i>5</i>
14	<i>4</i>	31	<i>1</i>	48	<i>3</i>
15	<i>3</i>	32	<i>3</i>	49	<i>4</i>
16	<i>5</i>	33	<i>2</i>	50	<i>1</i>
17	<i>4</i>	34	<i>1</i>		

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.: МЕДпресс-информ, 2009.-С.176.
2. Калинин А.В. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение. Москва.: Миклош, 2009. – 602 с.
3. Ивашкин В.Т. Нац. руководство. Гастроэнтерология. Краткое издание. ГЭОТАР-Медиа; 2011 .- 480 с.

Дополнительная литература

- 4.Ивашкин В.Т. Справочник по гастроэнтерологии. 2-е изд., перераб. и доп. Медицинское информационное агентство, 2011. - 472 с.
- 5.Трухманов А.С. Эозинофильный эзофагит. // "Справочник по гастроэнтерологии" под ред. Ивашкина В.Т., Рапопорта С.И., 2-е изд., М.: МИА, 2011.- С.48-49.
- 6.Валенкевич Л.Н. Болезни органов пищеварения: рук. по гастроэнтерологии для врачей. СПб.: Изд-во ДЕАН, 2006. – 655 с.
7. Горбань В.В. Возможности эндоскопической манометрографии при заболеваниях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Методическое пособие. ЦМС КубГМУ.. Краснодар, 2011. – 32 с.

Литература, используемая автором

8. Mittal R.K., Bhalla V. Oesophageal motor functions and its disorders // Gut. – 2004. - V.53. – P.1536–1542.
9. Jobe B.A., Kahrilas P.J., Vernon A.H., Sandone C. et al. Endoscopic appraisal of the gastroesophageal valve after antireflux surgery // Am. J. Gastroenterol. – 2004. – V.99. – P.233-243.
10. Mittal R.K., Balaban D.H. The Esophagogastric Junction // NEGM, 1997.-V.336, N.13.- P.924-932.

11. Katzka D.A., DiMarino A.J. In: The esophagus, second edition, Castell DO (editor). Little, Brown & Company, Boston, USA. – 1995. - P.443–53.
12. Jankowski J., Barr H., Wang K., Delaney B. Diagnosis and management of Barrett’s oesophagus// BMJ. – 2010. – V. 341. – P.45-51.
13. Wikipedia. Free Software Foundation. Available from: URL: <http://www.en.wikipedia.org/wiki/Valve> (Oct, 2008)

ЭЛЕКТРОННЫЕ ФОНДЫ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

№ п/п	Ссылка на информационный источник	Наименование разработки в электронной форме	Доступность
1.	http://medlit.ru	Медицинская литература.	Общедоступно
2.	http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/standards/	Стандарты оказания мед помощи.	Общедоступно
3.	http://www.en.wikipedia.org/wiki/Valve	Wikipedia. Free Software Foundation. Available from: URL:	Общедоступно
4.	http://www.rosmedportal.com/index	Росмедпортал.	Общедоступно
5.	http://top.medlinks.ru/	Электронные медицинские книги.	Общедоступно
6.	http://consilium-medicum	Консилиум-медикум.	Общедоступно
7.	http://www.rmj.ru	Русский медицинский журнал.	Общедоступно
8.	http://www.pharmateca.ru	Фарматека.	Общедоступно
9.	http://www.rusvrach.ru/journals/vrach	Врач.	Общедоступно
10.	http://www.m-vesti.ru	Российские медицинские вести.	Общедоступно
11.	http://www.medi.ru/vit	Вестник интенсивной терапии.	Общедоступно
12.	http://www.rmj.ru	Русский медицинский журнал	Общедоступно
13.	http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html	Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии .	Общедоступно
14.	http://www.gastro.ru	Российская гастроэнтерологическая ассоциация.	Общедоступно
15.	http://www.vidal.ru	Видаль.	Общедоступно
16.	http://www.webmedinfo.ru/library/hirurgija.php	Электронные ресурсы по гастроэнтерологии библиотеки медицинского образовательного портала	Общедоступно

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

*Кафедра поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики (семейной медицины)
ФПК и ППС*

В.В. Горбань

Заболевания пищевода: ведение больных в амбулаторных условиях.

*Методическое пособие
для врачей терапевтов и семейных врачей, гастроэнтерологов, ординаторов*

Типография

Отпечатано в ООО «Пресс-Имидж»
г. Краснодар, ул. Красноармейская, 66, оф. 112
Тел/факс 8(861) 253-44-75

Отпечатано методом цифровой печати
Подписано в печать 00.00.2016 г.
Тираж 100 экземпляров.