



ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Дифференциальный диагноз при заболеваниях пищевода и желудка

Дисциплина Госпитальная терапия
Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Лекция (2 часа)

2026 ГОД

Н.В. Смагина , кандидат мед.наук,
Кафедра госпитальной терапии
Южно-Уральский государственный
медицинский университет, Челябинск, Россия

План

1. Клинические симптомы при патологии пищевода.
2. Дифференциальный диагноз изжоги.
3. Дифференциальный диагноз дисфагии.
3. Дифференциальный диагноз при преобладании других пищеводных симптомов (отрыжка, тошнота, рвота, икота).
4. Клинические симптомы и синдромы при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии.
6. Дифференциальный диагноз при синдроме дефекта(ов) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ЭГДС. Инфекция *H.pylori*
7. Литература.

Клинические симптомы при патологии пищевода

Основные клинические симптомы при заболеваниях пищевода нередко объединяют под термином ***«пищеводная диспепсия»***.

Однако этот термин не является общепризнанным и в современной литературе чаще встречается дифференциальный диагноз по преобладающему симптому поражения пищевода.

Симптомы при заболеваниях пищевода

Изжога	Ощущение жжения за грудиной, распространяющееся вверх, вплоть до шеи
Регургитация	Срыгивание только что съеденной пищей или слизью. Возможна пассивная регургитация вне приема пищи, обычно при наклонах и в горизонтальном положении
Пищеводная рвота	Рвота сразу после еды непереваренной пищей, возможно, без предшествующей тошноты
Тошнота	Неприятное, тягостное ощущение приближения рвоты, сопровождающееся различными вегетативными расстройствами
Отрыжка и руминация	Непроизвольное выделение в полость рта газов (отрыжка) или небольшого количества пищи с последующим пережевыванием пищи (руминация или срыгивание)
Дисфагия	Ощущение препятствия нормальному прохождению проглатываемой пищи

Симптомы при заболеваниях пищевода

Некардиальные боли в грудной клетке	Боли по ходу пищевода с или без связи с едой
Одинофагия	Боль в грудной клетке, возникает при прохождении пищи по пищеводу
Икота	Непроизвольное клоническое сокращение диафрагмы, ведущее к внезапному всасыванию воздуха в дыхательные пути, сопровождающееся сокращением голосовых связок
«Комок в горле» (globus pharyngeus) *	Ощущение инородного тела или сужения на уровне глотки
Галитоз *	Неприятный запах изо рта

*- в большинстве случаев не связаны с патологией пищевода

I этап дифференциального диагноза –

необходимо убедиться, что жалобы пациента связаны именно с изжогой.

Это подразумевает исключение других симптомов, которые пациент может расценить как изжогу.

К ним относят: стенокардию;

мышечно-скелетные боли;

боли при поражении плевры и т.д.

Прежде всего необходимо различать синдром стенокардии и изжогу.

Дифференциальный диагноз изжоги и стенокардии

Признак	Изжога	Стенокардия
Характеристика	Ощущение жжения за грудиной, распространяющееся вверх, вплоть до шеи	Боль (или дискомфорт) в области грудины, с иррадиацией в левую руку, спину, нижнюю челюсть, эпигастральную область
Триггеры	Связь с приемом пищи	Связь с физической нагрузкой, психоэмоциональным стрессом
Длительность	Различная	Длительностью от 2 до 5 (менее 20) мин.
Прием нитратов	Без эффекта	Есть положительный эффект через 1–3 минуты после приема нитроглицерина
Прием ИПП или антацидов	Есть положительный эффект	Без эффекта
Методы дообследования	ЭГДС 24-часовая рН-импедансометрия	ЭКГ, нагрузочная ЭКГ, Стресс-ЭхоКГ, перфузионная двухмерная сцинтиграфия миокарда

II этап дифференциального диагноза – установление причин изжоги.

Изжога может быть ведущим симптомом при патологии пищевода и входить в симптомокомплекс при заболеваниях других органов пищеварения.

Изжога является ведущим симптомом ГЭРБ. При этом заболевании нарушение моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной приводит к регулярно повторяющимся рефлюксам в пищевод содержимого желудка и/или ДПК. В ряде случаев это сопровождается внепищеводными симптомами и изменениями слизистой пищевода при ЭГДС.

В настоящее время только эрозивный рефлюкс-эзофагит ст. С и D, пищевод Баррета и пептические стриктуры пищевода являются эндоскопическими доказательствами ГЭРБ.

Круг заболеваний при изжоге. Частые причины.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) эрозивная, неэрозивная формы

1. Изжога – ведущий симптом. Возможна регургитация. Дисфагия, одинофагия, некардиальная боль в грудной клетке – при осложнениях ГЭРБ. Внепищеводные симптомы: хронический кашель, связанный с рефлюксом, хронический ларингит, бронхиальная астма и эрозии эмали зубов.
 2. ЭГДС: эрозивный рефлюкс-эзофагит стадии C и D, длинный сегмент пищевода Баррета (см Рис с эндоскопией и мой слайд), пептические стриктуры пищевода и/или
 3. 24-часовая рН-импедансометрия: количество рефлюксов более 80, АЕТ>6%, патологическое количество слабокислых и/или слабощелочных рефлюксов по данным.
- *Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) - смещение нижней части пищевода или желудка относительно диафрагмы из брюшной полости в грудную зачастую ассоциирована с ГЭРБ. Диагностика - рентгеноскопия пищевода

Функциональная изжога

1. Изжога – ведущий симптом
2. ЭГДС: нет эрозивного рефлюкс-эзофагита стадии C и D, длинного сегмента пищевода Баррета, пептических стриктур пищевода
3. 24-часовая рН-импедансометрия: количество рефлюксов менее 40, АЕТ<4%, нет связи между симптомом и рефлюксом (индекс симптома (SI) < 50%, вероятность ассоциации симптома с рефлюксом (SAP) < 95%

Гиперчувствительность пищевода к рефлюксу (гиперсенситивный пищевод, гиперчувствительность пищевода)

1. Изжога – ведущий симптом
2. ЭГДС – нет эрозивного рефлюкс-эзофагита стадии C и D, длинного сегмента пищевода Баррета, пептических стриктур пищевода
3. 24-часовая рН-импедансометрия: количество рефлюксов менее 40, АЕТ<4%, обнаружена связь между симптомом и рефлюксом (SI) ≤ 50%, вероятность ассоциации симптома с рефлюксом (SAP) ≥95%

Круг заболеваний при изжоге редкие причины.

Инфекционный эзофагит (кандидозный, герпетический, цитомегаловирусный, туберкулезный);

Эозинофильный эзофагит;

Ахалазия кардии, дистальный эзофагоспазм и другие нарушения моторики пищевода;

Поражение пищевода при системной склеродермии;

Злокачественные новообразования пищевода и желудка;

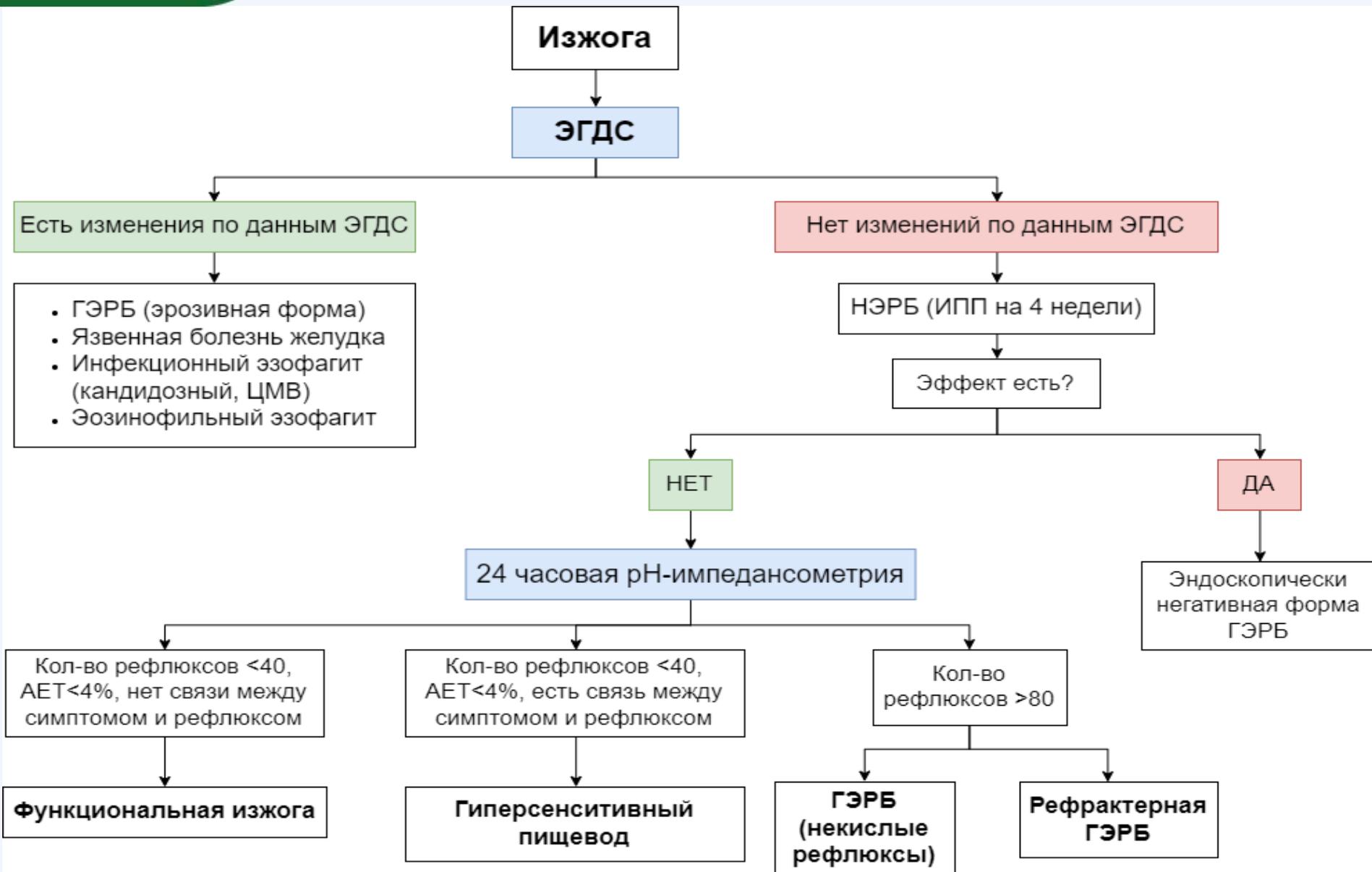
Язвенная болезнь желудка и ДПК;

Дискинезии желчевыводящих путей:

ЖКБ;

Хронический панкреатит.

Алгоритм дифференциального диагноза при синдроме изжоги



Дифференциальный диагноз дисфагии

Термин «**дисфагия**» означает ощущение препятствия нормальному прохождению пищи.

I этап дифференциального диагноза – необходимо определить давность развития симптомов:

острая или **хроническая** дисфагия.

При подозрении на острую дисфагию в первую очередь надо исключить *обтурацию просвета пищевода инородным телом*, требующую неотложных мероприятий.

II этап дифференциального диагноза - определение уровня дисфагии.

Орофарингеальная (ротоглоточная, верхняя) дисфагия - пациент испытывает трудность во время первичных фаз глотания.

Симптомы ротоглоточной дисфагии: носовая регургитация, кашель, «носовая» речь, ослабленный кашлевой рефлекс, приступ удушья, дизартрия или диплопия (могут сопровождать неврологические расстройства).

Пищеводная (нижняя) дисфагия - ощущение того, что пища или жидкость каким-то образом блокируются во время прохождения от рта до желудка.

При любом типе хронической дисфагии диагностический поиск следует начинать с проведения рентгеноскопии пищевода с бариевой взвесью и ЭГДС.

Причины ротоглоточной дисфагии

Заболевания	Характеристика и основные диагностические критерии
Механические и обструктивные причины	
Инфекции (ретрофарингеальные абсцессы)	<ol style="list-style-type: none">1. Клинические проявления: интоксикация, боль в горле2. Назоэндоскопия
Тиреомегалия	<ol style="list-style-type: none">1. Клиника основного заболевания2. Лучевые методы диагностики (УЗИ, КТ)
Лимфоаденопатия	
Злокачественное поражение головы и шеи	
Дивертикул Ценкера (фарингоэзофагеальный)	<ol style="list-style-type: none">1. Клинические проявления: при наличии маленького дивертикула причиной дисфагии может служить дисфункция верхнего пищеводного сфинктера, срыгивание непереваренной пищей, галитоз2. Рентгеноскопия пищевода и желудка, ЭГДС

Причины ротоглоточной дисфагии

Заболевания	Характеристика и основные диагностические критерии
Заболевания нервной системы	
Миастения	<ol style="list-style-type: none">1. Неврологический осмотр2. Нейрофизиологическое исследование (электромиография)3. Визуализация ЦНС4. Лабораторное исследование (КФК, аутоантитела, молекулярно-генетическое)
Заболевания ЦНС(инсульт, болезнь Паркинсона)	
Окулофарингеальная мышечная дистрофия	
Ларингиальная дистония	

Причины ротоглоточной дисфагии

Неправильное расположение зубов

Характеристика и основные
диагностические критерии

Заболевания полости рта

Неправильное расположение зубов

1. Осмотр ротовой полости

Язвы полости рта

Причины пищеводной дисфагии

Заболевания

Диагностик

Сужение просвета пищевода вследствие воспаления, фиброза или неоплазии

ГЭРБ с пептической стриктурой

1. В большинстве случаев изжога в анамнезе
2. ЭГДС: формирование стриктуры в нижней трети пищевода
3. 24-часовая рН-импедансометрия: количество рефлюксов более 80, АЕТ>6%,(время закисления пищевода acid exposure time) патологическое количество слабокислых и/или слабощелочных рефлюксов по данным

Химическое/лекарственное поражение пищевода

1. В анамнезе проглатывание едких жидкостей, прием лекарств (дабигатран, тетрациклин и др.), склеротерапия ВРВП
2. ЭГДС: гиперемия, отек слизистой пищевода, фибринозные наложения

Опухоли пищевода

1. Постепенное начало, короткий анамнез, прогрессирующая дисфагия
2. Пожилой возраст
3. Сопровождается похуданием, слабостью
4. Чаще при приеме твердой пищи
5. ЭГДС с гистологическим исследованием
6. Эндоскопическое УЗИ

Инфекционные эзофагиты (кандидозный, герпетический, цитомегаловирусный, туберкулезный)

1. Возможны другие симптомы инфекционного процесса
2. Данные анамнеза: прием антибактериальных препаратов, ГКС, иммуносупрессия
3. ЭГДС с забором биопсии: специфическая картина по ЭГДС и гистологическое подтверждение

Причины пищеводной дисфагии

Заболевания	Диагностик
Сужение просвета пищевода вследствие воспаления, фиброза или неоплазии	
Эозинофильный эзофагит	<ol style="list-style-type: none">1. Молодой возраст2. Аллергические заболевания в анамнезе3. Преобладает одинофагия, дисфагия, вклинение пищевого комка в пищевод4. Лабораторная диагностика: эозинофилия крови, возможно повышение IgE5. ЭГДС – фиксированные концентрические сужения пищевода, продольная линейная исчерченность, наличие белесоватых участков экссудативного налета, формирование специфических стриктур6. Гистология - диффузная эозинофильная инфильтрация многослойного плоского эпителия пищевода с наличием более 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа при большом увеличении (×400)
Лучевой эзофагит	<ol style="list-style-type: none">1. Нет специфических симптомов2. Лучевая терапия в анамнезе3. ЭГДС: гиперемия, отек, наличие дефектов (эрозий и язв) слизистой оболочки пищевода
Синдром Пламмера–Винсона (сидеропеническая дисфагия)	<ol style="list-style-type: none">1. Клинические проявления: дисфагия, анемический и выраженный сидеропенический синдромы2. Чаще молодые женщины3. ЭГДС: соединительнотканые мембраны в верхней трети пищевода, атрофия слизистой оболочки пищевода

Причины пищеводной дисфагии

Заболевания

Диагностика

Сужение просвета пищевода вследствие воспаления, фиброза или неоплазии

Кольцо Шацкого (Schatzki)

1. Нет специфических симптомов
2. В анамнезе ГЭРБ, ГПОД
3. ЭГДС: кольцеобразная структура в наддиафрагмальной зоне пищевода

Красный плоский лишай пищевода (lichen planus)

1. Клиническое проявление: дисфагия, сочетание с поражением кожи, ногтей и слизистой полости рта
2. Чаще женщины старше 50 лет
2. ЭГДС: отек, тонкие пленчатые наложения, псевдомембраны, стриктуры в средней и нижней трети пищевода, слизистая оболочка в этих отделах более яркая, но гладкая (рис)
3. Гистология: лимфоцитарная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки пищевода, тельца Сиватта

Причины пищеводной дисфагии

Заболевания	Диагностика
Заболевания грудной клетки и органов средостения (сдавлении извне или прямая инвазия в пищевод)	
Опухоли легкого и средостенья	1. Клиника основного заболевания 2. Рентген, КТ легких и средостения
Инфекции (туберкулез, гистоплазмоз)	
Сердечно-сосудистые заболевания (дилатация предсердия, аневризма аорты)	1. Клиника 2. ЭХОКГ

Причины пищеводной диспепсии

Заболевания

Диагностика

Нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода и подслизистое нервное сплетение, нарушающие перистальтику грудного отдела пищевода и/или тонус нижнего пищеводного сфинктера (НПС)

Ахалазия кардии

1. Клинические проявления: дисфагия постоянная при приеме твердой и жидкой пищи, активная и пассивная регургитация, как следствие ночной кашель и «симптом мокрой подушки», некардиальная боль в грудной клетке и изжога
2. Рентген: отсутствие первичной перистальтики в дистальных 2/3 пищевода, просвет пищевода расширен, конусовидное сужение в области НПС, похожее на мышинный хвостик или птичий клюв, замедление эвакуации контрастного вещества из пищевода в желудок
3. Манометрия пищевода (водно-перфузионная, высокого разрешения): повышение суммарного давления расслабления НПС и отсутствие перистальтической волны сокращения грудного отдела пищевода

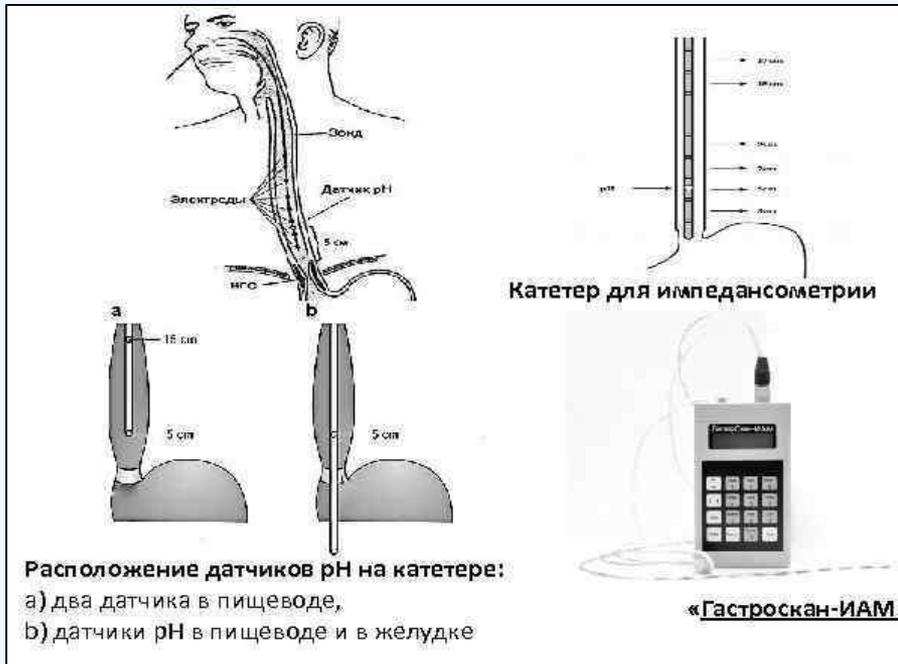
Дистальный эзофагоспазм и другие нарушения моторики пищевода (обструкция пищеводно-желудочного соединения, отсутствие сократимости, гиперконтрактильный пищевод, неэффективная моторика пищевода)

1. Клинические проявления: некардиальная боль в грудной клетке, интенсивная, жгучая с положительным эффектом от нитратов, спазмолитиков, глотка воды, дисфагия интермиттирующая
2. Рентгеноскопия пищевода: усиление моторики пищевода с выраженными сегментарными сокращениями, ослабление моторики пищевода, просвет пищевода расширен
3. Манометрия пищевода высокого разрешения: специфические критерии на основании Чикагской классификации нарушений моторной функции пищевода

Причины пищеводной диспепсии

Заболевания	Диагностика
Нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода и подслизистое нервное сплетение, нарушающие перистальтику грудного отдела пищевода и/или тонус нижнего пищеводного сфинктера (НПС)	
Склеродермия	<ol style="list-style-type: none">1. Преобладают системные проявления (синдром Рейно, плотный отек кожи, изменение черт и «маскообразность» лица, формирование «кисета» вокруг рта, ЛАГ, пневмофиброз и т.д.)2. Лабораторная диагностика: определение АНФ и специфических для ССД аутоантител (анти-Скл-70, антицентромерные, к РНК-полимеразе III)3. Рентгеноскопия пищевода: гипотония пищевода4. Манометрия пищевода (водно-перфузионная, высокого разрешения): отсутствие сократимости в грудном отделе пищевода
Состояние после хирургических вмешательств	<ol style="list-style-type: none">1. Нет специфических симптомов2. В анамнезе фундопликация и иные антирефлюксные операции, бариатрические операции

Суточная рН-импедансометрия



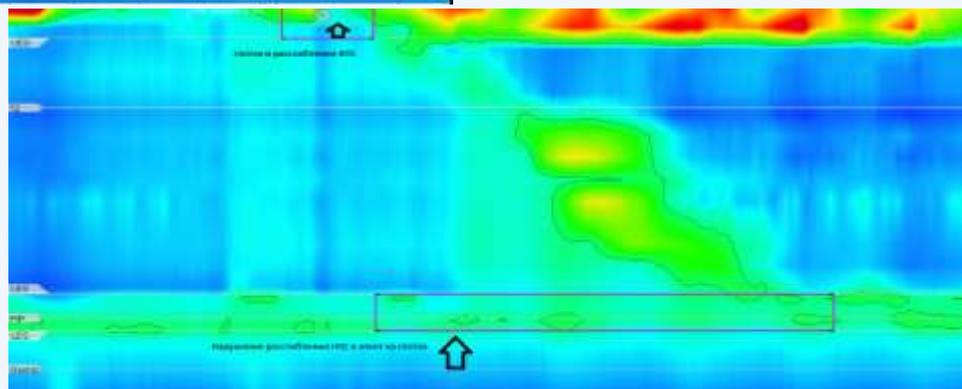
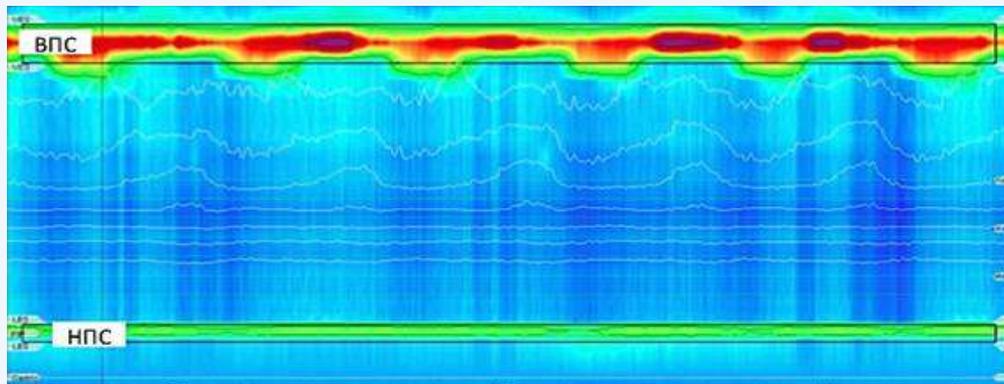
- **обнаружение всех типов рефлюксов:** кислых, щелочных, слабокислых рефлюксов и сверхрефлюксов
- **выявление связи** имеющихся симптомов со слабокислыми, слабощелочными рефлюксами
- **определение физического состояния** рефлюктата (газовый, смешанный и жидкий)
- **определение высоты** проксимального распространения рефлюксов
- расчет клиренса болюса

Лионский консенсус: 2018

	Эндоскопия	pH-метрия, pH-импедансометрия	Манометрия высокого разрешения
Решающие доказательства патологического рефлюкса	Эзофагит степени C или D**. Длинный сегмент пищевода Барретта. Пептические стриктуры	AET >6%	Время за кислнения пищевода AET >6% (% времени с pH<4 в пищеводе на 5 см выше НПС)
Ненадежные, нерешающие доказательства	Эзофагит степени A или B**	AET 4-6%. Число рефлюксов 40-80	
Вспомогательные, поддерживающие доказательства*	Гистопатология. Электронная микроскопия. Низкий импеданс слизистой	Подтверждена связь симптомов с рефлюксами. Число рефлюксов >80. Низкий MNB1. Низкий PSPWI	Гипотензивный НПС. Хиатальная грыжа. Ослабленная перистальтика пищевода
Доказательства против патологического рефлюкса		AET <4%. Число рефлюксов <40	

*Факторы, повышающие уверенность в наличии патологического рефлюкса, когда доказательства его наличия или отсутствия ненадежны.
**Лос-Анжелесская классификация.

Манометрия высокого разрешения



Дифференциальный диагноз при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки

- Желудочная диспепсия – термин, обобщающий симптомы при заболеваниях желудка. Она бывает органическая или функциональная (вторичная).
- Функциональная диспепсия включает в себя эпигастральную боль и постпрандиальный дистресс-синдром. Диагноз ставится на основании критериев функциональных расстройств (Рим IV).
- Функциональная диспепсия является клиническим диагнозом, в то время как хронический гастрит – морфологическим диагнозом. Они не исключают, а дополняют друг друга.
- Язвенная болезнь желудка и ДПК является хроническим полиэтиологическим рецидивирующим заболеванием, в отличие от симптоматических язв, имеющих определенные причины появления. Однако успехи антихеликобактерной терапии, снижающее частоту рецидивов, и наличие множества ulcerогенных факторов у одного пациента затрудняют дифференциальный диагноз.
- Синдромы тошноты и рвоты не являются специфичным для заболеваний пищеварительной системы и требуют, прежде всего, исключения заболеваний других органов и беременности.

Клинические симптомы и синдромы при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки

- В настоящее время спектр клинических проявлений при заболеваниях желудка принято называть термином *«желудочная диспепсия»*, в иностранной литературе наиболее чаще используют общее понятие *«диспепсия»*.
- **Клинические проявления желудочной диспепсии:**
- Основные симптомы: боли, чувство жжения в эпигастральной области или чувство переполнения после еды, чувство распираания, чувство раннего насыщения, связанные с приемом пищи
- Дополнительные симптомы: тошнота, отрыжка, рвота
- При заболеваниях желудка и ДПК также возможно провести дифференциальный диагноз по синдрому абдоминальной боли с локализацией в эпигастральной области

Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии

- Желудочную диспепсию принято подразделять на **органическую** и **функциональную**.
- I этап дифференциального диагноза** – необходимо исключить органические причины диспепсии.

Причины органической диспепсии:

Заболевания	Диагностика
Заболевания желудка и ДПК	
Язвенная болезнь желудка и ДПК	<ol style="list-style-type: none"> Клинические проявления: боли в эпигастральной области, связанные с временем приема пищи Анамнез: наличие ульцерогенных факторов - инфицирование слизистой оболочки <i>Helicobacter pylori</i>, прием лекарственных препаратов (НПВП, АСК), курение, отягощенная наследственность ЭГДС: язвенный дефект слизистой оболочки желудка или ДПК
Диспепсия, ассоциированная с <i>H. pylori</i>	<ol style="list-style-type: none"> Около 10% пациентов имеют связь симптомов диспепсии с <i>H. pylori</i>. Диагноз правомочен при отсутствии симптомов после успешно проведенной эрадикации через 6 мес.

Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии

- Причины органической диспепсии:

Заболевания	Диагностика
Рак желудка	<ol style="list-style-type: none">1. Клинические проявления: похудание, слабость, часто анорексия, отвращение к мясу, анемия, увеличение СОЭ, может быть отсутствие симптомов2. Анамнез: постепенное начало, короткий анамнез, пожилой возраст, отягощенная наследственность3. Предшествуют атрофические изменения СОЖ4. ЭГДС: глубокое изъязвление с выступающими над поверхностью слизистой оболочки краями6. Гистологическое исследование: основной метод верификации диагноза. Помимо аденокарциномы в желудке могут быть выявлены другие опухоли (нейроэндокринные опухоли, лимфома и др.)7. Рентгеноскопия: дополнительный метод, преимущества при инфильтративной форме8. ЭндоУЗИ – дополнительный метод при инфильтративной форме

Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии

• Причины органической диспепсии:

Заболевания	Диагностика
Синдромы оперированного желудка	<ol style="list-style-type: none">1. Клинические проявления: демпинг-синдром, гипогликемический синдром, тошнота, рвота, похудание, мальабсорбция2. Анамнез: наличие оперативного вмешательства
Гастропарез	<ol style="list-style-type: none">1. Преобладает чувство переполнения, распирания в эпигастрии2. Анамнез: СД, послеоперационный период, прием каннабиоидов3. Рентгеноскопия – задержка эвакуации контраста из желудка4. Исследование двигательной активности - сцинтиграфия желудка, видеокапсульная гастроэнтероскопия

Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии

• Причины органической диспепсии:

Заболевания	Диагностика
Инfiltrативные поражения желудка (болезнь Крона, саркоидоз, болезнь Менетрие, амилоидоз)	1. Симптомы основного заболевания 2. ЭГДС и гистологическое исследование как основной метод верификации
Острый гастрит (инфекции, интоксикации)	1. Острое начало, тошнота рвота, интоксикационный синдром 2. Эпиданамнез/прием токсических продуктов
Диспепсия, связанная с приемом лекарственных препаратов (НПВП, антибиотики, противоопухолевые препараты, бисфосфонаты, макролиды, эстрогены, препараты железа, калия)	1. Нет специфических симптомов 2. Анамнез: связь с приемом лекарственных средств (НПВП, антибиотики, противоопухолевые препараты, бисфосфонаты, макролиды, эстрогены, препараты железа, калия), улучшение после отмены 3. ЭГДС: может быть отсутствие изменений СОЖ и ДПК или наличие эрозий и/или язвенных дефектов слизистой оболочки

Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии

- **Заболевания других органов ЖКТ:**
- ЖКБ, дискинезии ЖВП;
- Хронический панкреатит, рак поджелудочной железы ;
- Целиакия;
- Хроническая мезентериальная ишемия

Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии

- **Причины органической диспепсии:**
- **Заболевания других органов:**
 - - Ишемическая болезнь сердца;
 - - Хроническая сердечная недостаточность ;
 - - Хроническая болезнь почек;
 - - Гипер- и гипотиреоз;
 - - Гиперпаратиреоз;
 - - Хроническая надпочечниковая недостаточность;
 - - Лучевая болезнь.



- **II этап дифференциального диагноза** - при исключении вышеперечисленных органических причин, принято говорить о наличии функциональной диспепсии (Рис). С этой целью применяются критерии функциональных расстройств ЖКТ (Римские критерии IV, 2016 г.)
- **Функциональная диспепсия** – это комплекс симптомов: боли и чувство жжения в эпигастральной области, ощущение переполнения ее после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 мес) и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями.

Функциональная диспепсия

- варианты функциональной диспепсии:
синдром боли в эпигастрии
постпрандиальный дистресс-синдром.
- - О **синдроме боли в эпигастрии** принято говорить в тех случаях, когда у больного, по меньшей мере, 1 раз в неделю, отмечаются умеренные или выраженные боли или чувство жжения в эпигастральной области. При этом боли не носят постоянный характер, связаны с приемом пищи или возникают натощак, не локализируются в других отделах живота, не уменьшаются после дефекации и не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди.

Функциональная диспепсия

- **Постпрандиальный дистресс-синдрома** - у больного чаще 3 раз в неделю, после еды, при приеме обычного объема пищи возникают чувство переполнения в эпигастрии или раннее насыщение.
- При этом постпрандиальный дистресс-синдром может сочетаться с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии,

- **Хронический гастрит** – это морфологический диагноз, не имеющий отношения к клиническим проявлениям. В случае наличия симптомов диспепсии и отсутствия органических причин ставится диагноз функциональная диспепсия (даже если в заключении патоморфолога - гастрит!).
- Стоит отметить, что эти два диагноза не противоречат друг другу и могут сочетаются у одного и того же пациента.



Желудочная диспепсия

Исследование H.pylori

HP "+"

Эрадикационная терапия

Есть ли изменения по ЭГДС, УЗИ ОБП?

НЕТ

Симптомы сохраняются более 6 месяцев после эрадикации?

ДА

Функциональная диспепсия

НЕТ

Диспепсия, ассоциированная с инфекцией H.pylori

HP "-"

Есть ли изменения по ЭГДС, УЗИ ОБП?

ДА

- ЯБЖ, ЯБДПК
- ГЭРБ
- Хронический панкреатит
- ЖКБ

НЕТ

Функциональная диспепсия



Дифференциальный диагноз при наличии дефекта(ов) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ЭГДС

- Практикующий врач часто сталкивается с необходимостью дифференциальной диагностики, не по клинической картине, а по данным инструментальных исследований, в первую очередь при обнаружении эрозивно-язвенных гастродуоденопатий по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Ранее существовал рентгенологический синдром «ниши», который утратил актуальность в связи с тем, что рентгеноскопии желудка не имеет ведущего значения для первичной диагностики.

Заболевания, сопровождающиеся эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальной зоны

I. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и ДПК

I. Рак желудка

I. Симптоматические язвы

Основной дифференциальный признак, отличающий ЯБ от симптоматических язв – хроническое рецидивирующее течение. В настоящее время эффективная антихеликобактерная терапия предотвращает рецидивы язв и этот признак утрачивает актуальность

Заболевания, сопровождающиеся эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальной зоны

<p>1. Лекарственно-индуцированные язвы</p>	<p>1. Клинические проявления: мало- или бессимптомное течение, высокая частота кровотечений</p> <p>2. Анамнез: связь с приемом ульцерогенных препаратов (НПВП, АСК, ГКС и др.) и наличие факторов риска*</p> <p>3. ЭГДС: наличие эрозий и/или язвенных дефектов</p>
<p>2. Язвы на фоне эндокринных заболеваний</p>	<p><u>Синдром Золлингера-Эллисона</u></p> <p>1. Клинические проявления: агрессивное течение ЯБ (множественные язвенные дефекты, часто рецидивирующее течение), расположение язв в постлуковичных отделах ДПК, диарея, стеаторея</p> <p>2. Лабораторная диагностика: хромогранин А, гастрин, панкреатический полипептид</p> <p>3. Визуализация с целью поиска опухоли: КТ брюшной полости, грудной клетки, эндоскопическое обследование ЖКТ</p> <p><u>Гиперпаратиреоз</u></p> <p>1. Клинические проявления: часто рецидивирующее течение ЯБ, остеопороз, гиперпаратиреоидная остеодистрофия, деформации костей, переломы, нарушения походки, патология почек, кальциноз поджелудочной железы</p> <p>2. Лабораторная диагностика: повышение общего кальция крови и паратормона</p> <p><u>Гиперкортицизм</u></p> <p>1. Клинические проявления: нерубцующиеся язвы желудка и ДПК, ожирение, остеопороз, СД, АГ и др. симптомы гиперкортицизма</p> <p>2. Лабораторная диагностика: кортизол суточной мочи, проба с 1 мг дексаметазона, кортизол в вечерней слюне, АКТГ</p> <p>3. Методы визуализации (МРТ, МСКТ) после лабораторного подтверждения</p>

Заболевания, сопровождающиеся эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальной зоны

3. Стрессовые язвы

1. Частые осложнения в виде кровотечения
2. Чаще желудочная локализация
3. При множественных ранениях и травмах, распространенных ожогах (язвы Курлинга), черепно-мозговых травмах и нарушениях мозгового кровообращения (язвы Кушинга), сепсисе, полиорганной недостаточности, обширных полостных операциях продолжительностью > 5 ч (особенно связанных с трансплантацией органов), других критических состояниях

4. Симптоматические язвы при хронических заболеваниях внутренних органов

1. Гепатогенные язвы (у больных с циррозами печени)
- Не являются характерным проявлением. При ЦП чаще встречается портальная гипертензионная гастропатия (совокупность вторичных макроскопических и микроскопических изменений слизистой оболочки желудка, возникающих при портальной гипертензии) и GAVE-синдром (красные пятна, организованные радиальные полосы, которые распространяются от привратника по антральному отделу (арбузный желудок))
2. Панкреатогенные (при хроническом панкреатите)
3. При хронических заболеваниях легких
4. Распространенный атеросклероз и ХМИ
5. Полицитемия
6. Системный мастоцитоз

Заболевания, сопровождающиеся эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальной зоны

Болезнь Крона

При ЭГДС чаще глубокие линейные язвы (язвы-трещины), симптом «булыжной мостовой», стриктуры и устья свищей
Гистология: саркоидные гранулемы (15–36 % случаев – при биопсии слизистой оболочки)

* факторы риска НПВП-гастропатий: пожилой возраст, наличие в анамнезе язвенной болезни, инфекция *H. pylori*, доза НПВП и продолжительность лечения, курение, злоупотребление алкоголем, прием НПВП перед едой, одновременное применение других лекарственных препаратов: антикоагулянты (например, варфарин), кортикостероиды, алендронат, хлорид калия.

Дифференциальный диагноз при отрыжке

- Отрыжка определяется как слышимый выход воздуха из пищевода или желудка в глотку. Стоит сказать, что отрыжка - это физиологический феномен, который в норме, по разным источникам, встречается до 30 раз в день и зачастую ассоциирован с приемом пищи. *Патологическим* этот симптом считается в случае отрицательного воздействия на обычную деятельность пациента, и частоте более чем 3 дня в неделю в течение предшествующих 3 месяцев при ее общей продолжительности не менее 6 месяцев.

Дифференциальный диагноз при отрыжке

- После установления патологического характера отрыжки необходимо исключить вторичные причины данного симптома, к которым относится функциональная диспепсия, ГЭРБ, ЯБЖ и ЯБ ДПК.
- При исключении вторичных причин отрыжки на основании Римских критериев IV пересмотра устанавливается функциональный диагноз: «Синдром чрезмерной отрыжки», критериями которого являются: отрыжка, беспокоящая > 3 дней в неделю, в течение предшествующих 3 месяцев при ее общей продолжительности не менее 6 месяцев.
- На основании результатов 24-часовой рН-импедансометрии синдром чрезмерной отрыжки разделяется на 2 типа: **супрагастральная (наджелудочная)** и **гастральная (желудочная)**

Сравнительная характеристика супрагастральной и гастральной отрыжек

	Супрагастральная отрыжка	Гастральная отрыжка
Определение	Воздух всасывается в пищевод и выбрасывается из него без попадания в желудок	Воздух выходит из желудка
Особенности и ассоциированные состояния	ГЭРБ, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, антирефлюксная хирургия, отсутствует во время сна и при отвлечения внимания, отсутствует связь с приемом пищи, а также отсутствуют другие жалобы помимо отрыжки	ГЭРБ, аэрофагия, функциональная диспепсия, может быть во время сна, часто появляется после приема пищи
Диагностика (24-часовая рН-импедансометрия)	Резкое увеличение импеданса в антеградном направлении (от рта к желудку) с быстрым возвратом к исходному импедансу не доходя до	Резкое увеличение импеданса в ретроградном направлении (от желудка ко рту), связанный с расслаблением нижнего

Дифференциальный диагноз при синдроме тошноты и рвоты

- Тошнота – неприятное тягостное ощущение в эпигастрии, предшествующее рвоте, сопровождающееся вазомоторными реакциями (слабостью, головокружением, повышенным потоотделением, слюнотечением). Рвота – это рефлекторный акт, при котором форсировано извергается содержимое желудка через рот (или нос). Тошнота и рвота не являются специфическими симптомами гастроэнтерологических заболеваний, поэтому спектр дифференциального диагноза чрезвычайно широк.

Дифференциальный диагноз при синдроме тошноты и рвоты

- **Причины острой тошноты и рвоты:**

- 1. Бактериальный/вирусный гастроэнтерит
- 2. Язвенная болезнь желудка и ДПК (в том числе осложненная стенозом привратника)
- 3. Острая хирургическая патология (непроходимость тонкой кишки, острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, острая мезентериальная ишемия, перитонит), почечная колика
- 4. Прием лекарственных препаратов (опиаты, НПВП, антиаритмические средства, антибиотики, антигипертензивные, противосудорожные препараты, химиотерапевтические средства, оральные контрацептивы, препараты нагрестянки, агонисты глюкагоноподобного пептида-1)
- 5. Метаболические/эндокринные причины (диабетический кетоацидоз, гипонатриемия, гиперкальциемия)
- 6. Вестибулярные расстройства (укачивание)
- 7. Нижний инфаркт миокарда
- 8. Беременность. *Чрезмерная рвота беременных - тяжелая форма тошноты и рвоты, ассоциированная с потерей массы тела более чем на 5% по сравнению с массой до беременности, кетонурией, дегидратацией и электролитным дисбалансом*
- 9. Алкогольная интоксикация
- 10. Синдром отмены (наркотические препараты)
- 11. Травма головы
- 12. Острое почечное повреждение
- 13. Острое нарушение мозгового кровообращения

Причины хронической тошноты и рвоты

Частые причины	Редкие причины
Гастроэнтерологические заболевания	
Гастропарез, диспепсия, хроническая псевдонепроходимость (первичная или вторичная), дивертикул Ценкера функциональная диспепсия, хронический панкреатит, кишечная псевдонепроходимость (первичная или вторичная), ахалазия кардии,	Воспалительные заболевания кишечника
Механическая обструкция: привратника, отделов ЖКТ извне стеноз сдавление верхних отделов ЖКТ извне	Формирование стриктур на фоне ХМИ, лучевых поражений ЖКТ или болезни Крона

Причины хронической тошноты и рвоты

Эндокринные заболевания

Сахарный диабет

Гипертиреоз, болезнь Аддисона, гипонатриемия, гиперпаратиреоз, гиперкальциемия

Заболевания нервной системы

Мигрень, болезнь Паркинсона, эпилепсия, менингит

Демиелинизирующие заболевания, аневризма, опухоль головного мозга гидроцефалия

Заболевания внутренних органов

Хроническая сердечная недостаточность, Заболевания соединительной ткани (склеродермия, СКВ) Хроническая болезнь почек

Патология забрюшинных органов (нефролитиаз, обструкция мочевыводящих путей)

Вестибулярные расстройства (лабиринтит, болезнь Меньера, хронический средний отит)

Другие причины: паранеопластический синдром, острая перемежающаяся порфирия, семейная средиземноморская лихорадка,

Психогенные причины (тревога, депрессия) Расстройства пищевого поведения (анорексия,

ангионевротический отек, глаукома, токсины/яды, пищевая аллергия и непереносимость

II этап дифференциального диагноза.

- При исключении вышеперечисленных заболеваний согласно Римским критериям IV пересмотра выставляется диагноз функционального заболевания ЖКТ, который включает в себя три заболевания: синдром хронической тошноты и рвоты (синдром функциональной тошноты и рвоты), синдром циклической рвоты и синдром неукротимой каннабиоидной рвоты.

Функциональные расстройства ЖКТ, проявляющиеся тошнотой и рвотой

Функциональное расстройство	Диагностические критерии
Синдром хронической тошноты и рвоты (синдром функциональной тошноты и рвоты)	<ol style="list-style-type: none">1. Беспокоящая (достаточно серьезная, чтобы повлиять на повседневную активность) тошнота, возникающая по крайней мере 1 день в неделю и/или 1 или несколько эпизодов рвоты в неделю2. При условии исключения самоиндуцированной рвоты, расстройств пищевого поведения, регургитации, руминационного синдрома3. Отсутствие признаков органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить симптомы при рутинных исследованиях (в том числе при ЭГДС)4. Симптомы отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 мес)
Синдром циклической рвоты	<ol style="list-style-type: none">1. Повторяющиеся эпизоды рвоты (остро возникающей и продолжающейся менее 1 недели)2. Отсутствие рвоты между эпизодами, но между эпизодами могут присутствовать другие более легкие симптомы3. Дополнительный признак – мигрень в анамнезе у больного или у его родственников4. Симптомы отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 мес)
Синдром неукротимой каннабиоидной рвоты	<ol style="list-style-type: none">1. Повторяющиеся приступы рвоты, клинически напоминающие синдром циклической рвоты2. Отмечается появление рвоты после длительного чрезмерного употребления каннабиоидов3. Устойчивое прекращение употребления каннабиоидов ведет к ликвидации приступов рвоты4. Дополнительный признак - приступ рвоты может ассоциироваться с длительным купанием в горячей ванне или душе5. Симптомы отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 мес)

Дифференциальный диагноз при икоте

- Икота – это непроизвольные спастические сокращения дыхательных мышц (чаще вовлекаются мышцы левой половины диафрагмы, реже вся диафрагма и межреберные мышцы).
- Координированное сокращение инспираторной мускулатуры во время эпизода икоты приводит к быстрому всасыванию воздуха, которое в течение нескольких миллисекунд прерывается закрытием голосовой щели, что приводит к появлению характерного звука «ик».

Дифференциальный диагноз при икоте

- В зависимости от продолжительности икота разделяется на: кратковременную (продолжительность до 15 минут), персистирующую (продолжительность до 2 дней) и некупируемую (продолжительность более 1-2 месяцев).
- Кратковременная икота изредка может встречаться в норме и не требует никаких диагностических и лечебных вмешательств. Напротив, любой эпизод икоты продолжительностью более 48 часов считается патологическим и требует исключения органических причин икоты

Причины икоты

Группа причин	Заболевания
Центральная нервная система - центральная икота	
Сосудистые причины	Ишемический и геморрагический инсульт
Инфекционные причины	Менингит, энцефалит
Другие причины	Травма головного мозга, опухоль головного мозга, оптиконевромиелит, рассеянный склероз, эпилепсия, болезнь Паркинсона

Причины икоты

Группа причин	Заболевания
Периферическая нервная система (диафрагмальный, блуждающий и симпатический нервы) – периферическая икота	
Гастроэнтерологические заболевания	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эозинофильный эзофагит, инфекционные эзофагиты, злокачественное новообразование пищевода, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, абсцесс брюшной полости, опухоли брюшной полости, кишечная непроходимость
Заболевания дыхательной системы	Бронхиальная астма, злокачественное новообразование бронхов, пневмония, туберкулез, бронхит
Заболевания сердечно-сосудистой системы	Инфаркт миокарда, перикардит, аневризма грудного отдела аорты, нарушения ритма
Оториноларингологические заболевания	Опоясывающий лишай, ринит, отит, фарингит, инородное тело в носу или ухе

Причины икоты

Группа причин	Заболевания
Другие причины	
Лекарственные препараты	Глюкокортикостероиды, морфин, барбитураты, бензодиазепины, антибиотики (макролиды), агонисты дофамина, химиотерапевтические препараты
Хирургические вмешательства	Трахеостомия, катетеризация центральной вены, эндоскопические вмешательства (бронхоскопия), наркозные средства, оперативные вмешательства
Психосоматические причины	Тревога, возбуждение, стресс, страх
Электролитные нарушения и нарушение обмена веществ	Гипокалиемия, гипокальциемия, гипонатриемия, гипокапния, почечная недостаточность, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

18.01.2019 № 17-9/9414

На № _____ от _____

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ НЕОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ДИСПЕПСИИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ*

Обсужден и принят:

Министерством Здравоохранения Российской Федерации (Москва, 18 января 2019)

XII Национальным Конгрессом Терапевтов России (Москва, 21-23 ноября 2018)

XIX Съездом Научного общества гастроэнтерологов России (Санкт-Петербург, 16-18 мая 2018)



* Больные с симптомами ЖЕЛУДОЧНОЙ диспепсии в амбулаторной практике Терапевта, Врача общей практики и Врача семейной медицины.

- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шентулин А.А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГК. 2017. №27(1). С. 50–61
- Douglas A. Drossman. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. Gastroenterology 2016;150:1262–1279
- Международная классификация болезней 10-го пересмотра (<http://mkb-10.com/>), дата обращения 17.03.2018
- Приказ МЗ РФ №248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/2355>, дата обращения 17.03.2018)
- Ивашкин В.Т., Маев Ю.А. и соавт. Клинические рекомендации РГА по ведению пациентов с абдоминальной болью. РЖГК №4, 2015
- Приказ МЗ РФ №773н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6315> по состоянию на 17.03.2018)
- Приказ МЗ РФ. № 722н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/5415> по состоянию на 17.03.2018)

Дорожная карта диагностики и лечения диспепсии на этапе амбулаторно-поликлинической помощи

Диспепсия - это один или несколько симптомов в различных сочетаниях: боль и чувство жжения в эпигастрии; чувство переполнения в эпигастрии после еды, раннее насыщение; возможны тошнота, отрыжка^{1,2}



Стартовая терапия Диспепсии Неуточненной согласно Приказу МЗ РФ №248:

ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут) в комбинации с прокинетикум (домперидон 30 мг/сут),³ возможно применение фиксированной комбинации омепразола 20 мг + домперидона модифицированного высвобождения 30 мг/сут⁷

1. Douglas A. Crossman. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV Gastroenterology 2016;150:1262–1279.

2. Ивашкин В.Т., Маев Ю.А. и соавт. Клинические рекомендации РГА по диагностике и лечению функциональной диспепсии. // РЖГК. – 2017. - №27(1).

3. Приказ МЗ РФ №248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/2355>, дата обращения 09.04.2018).

4. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (<http://mkb-10.com/>, дата обращения 09.04.2018).

5. Ивашкин В.Т., Маев Ю.А. и соавт. Клинические рекомендации РГА по ведению пациентов с абдоминальной болью. РЖГК №4, 2015.

6. Ивашкин В.Т., Маев Ю.А. и соавт. Клинические рекомендации РГА по диагностике и лечению инфекции НР у взрослых. РЖГК 2018; 28(1).

7. Лазебник Л.Б., Лялюкова Е.А., Алексеенко С.А., Самсонов А.А., Сереброва С.Ю., Цуканов В.В., Карева Е.Н. Обследование пациентов с синдромом диспепсии и изжоги в амбулаторно-поликлинической практике: нужен ли дополнительный опросник терапевту, врачу общей практики. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;2(150).

H. pylori

Statement 1: *H. pylori* является основным этиологическим фактором аденокарциномы желудка, включая проксимальный рак желудка.

Согласие 100%, УД А1

Statement 2: *H. pylori* играет этиологическую роль в развитии аденокарциномы зоны желудочно-пищеводного соединения.

Согласие 94%, УД А1

Эрадикация *H. pylori*

- При неатрофическом гастрите устраняет активную воспалительную реакцию и предотвращает дальнейшее прогрессирование атрофии и кишечной метаплазии
- При атрофическом гастрите может обратить вспять атрофию желудка и в некоторой степени кишечную метаплазию, а также остановить прогрессирование до рака у части пациентов.
- Величина пользы уменьшается с возрастом.
- Наиболее эффективна для профилактики рака желудка до развития тяжелого хронического атрофического гастрита.

Неинвазивные методы диагностики *H. pylori*

Метод	Положения (тезисно)
Дыхательный тест с мочевиной, меченной ^{13}C	Остается важным инструментом диагностики <i>H. pylori</i> до и после эрадикационной терапии. Лимонная кислота является важным компонентом протокола.
Определение антигенов <i>H. pylori</i> в кале	Моноклональный антиген в стуле, если он надлежащим образом валидизирован (тест с моноклональными антителами), является подходящим тестом до и после лечения <i>H. pylori</i> . - наборы ИФА - экспресс-тесты для иммунохроматографии
Определение антител к <i>H. pylori</i> в крови (IgG)	Тесты на сывороточные антитела IgG <i>H. pylori</i> могут служить скрининговым тестом в определенных клинических ситуациях.

Серологические тесты *H. pylori*

- Кровоточащие пептические язвы
- MALT-лимфома желудка
- Рак желудка
- Выраженная атрофия СОЖ
- Недавнее применение антибиотиков или ИПП

Ограничения

- ✓ **НЕ ПОДХОДИТ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭРАДИКАЦИИ!**

После уничтожения бактерий и положительный тест можно наблюдать долго

- ✓ Штаммы *H. pylori* разнообразны, и необходимо использовать тесты, проверенные на региональном уровне

Инвазивные методы диагностики *H. pylori*

Метод	Положения (тезисно)
Гистологическое исследование биоптатов СОЖ	<p>Когда показана эндоскопия, она должна:</p> <ol style="list-style-type: none">1) применять наилучшие доступные технологии;2) включать забор биопсии. Биоптаты, полученные в соответствии с утвержденными протоколами, должны привести как к этиологическому диагнозу, так и к оценке стадии гастрита. Из любых очаговых поражений должны быть отобраны дополнительные биоптаты.

Инвазивные методы диагностики *H. pylori*

Метод	Положения (тезисно)
Гистологическое исследование биоптатов СОЖ	Когда показана эндоскопия, она должна: 1) применять наилучшие доступные технологии; 2) включать забор биопсии. Биоптаты, полученные в соответствии с утвержденными протоколами, должны привести как к этиологическому диагнозу, так и к оценке стадии гастрита. Из любых очаговых поражений должны быть отобраны дополнительные биоптаты.
Быстрый уреазный тест	Биоптаты желудка, извлеченные из экспресс-тестов на уреазу (быстрый уреазный тест), можно повторно использовать для молекулярного тестирования с помощью ПЦР

Инвазивные методы диагностики *H. pylori*

Метод	Положения (тезисно)
Гистологическое исследование биоптатов СОЖ	<p>Когда показана эндоскопия, она должна:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) применять наилучшие доступные технологии; 2) включать забор биопсии. Биоптаты, полученные в соответствии с утвержденными протоколами, должны привести как к этиологическому диагнозу, так и к оценке стадии гастрита. Из любых очаговых поражений должны быть отобраны дополнительные биоптаты.
Быстрый уреазный тест	Биоптаты желудка, извлеченные из экспресс-тестов на уреазу (быстрый уреазный тест), можно повторно использовать для молекулярного тестирования с помощью ПЦР
Молекулярные методы	<p>ПЦР в реальном времени, полногеномное секвенирование и цифровая ПЦР</p> <p>Позволяют выявлять мутации <i>H. pylori</i>, связанные с устойчивостью к кларитромицину, левофлоксацину, тетрациклину и рифампицину</p>
	Перед назначением любой терапии, содержащей кларитромицин, рекомендуется провести тест на чувствительность к кларитромицину, если он доступен, с помощью молекулярных методов или посевов.

Реинфекция *Нр*

- Ежегодный процент повторного инфицирования $\approx 3\%$ в год
- Контроль эрадикации через 2 нед после окончания приема ИПП и через 4 нед после окончания приема антимикробных препаратов и препаратов висмута - *уреазный дыхательный тест с ^{13}C -мочевинной или кал на антигены *Нр* (ИФА на основе моноклональных антител)*



Контроль эрадикации!

Statement 1: Положение 10

В краткосрочной перспективе после эрадикации (4–6 недель) не следует использовать антибиотики или висмут, чтобы обеспечить оптимальное эстирование на *H. pylori*. Ингибиторы протонной помпы следует отменить за 14 дней до исследования.

Согласие 96%, УД А1



Лечение. Основные положения (1)

- Эффективная схема обеспечивает у большинства ($\geq 90\%$) пациентов эрадикацию *H. pylori*
- Выбор схемы основан устойчивости *H. pylori* к кларитромицину ($> 15\%$), которая должна быть определена индивидуально или на популяционном уровне
- Продолжительность 14 дней (за исключением случаев, когда доступна эффективная 10-ти дневная терапия)



Лечение. Основные положения (2)

- В регионах с **низкой** (< 15%) **резистентностью** к кларитромицину в качестве эмпирической терапии первой линии может быть рекомендована **квадротерапия с висмутом** или **тройная терапия с кларитромицином**, если местная эффективность доказана.
- В районах с **высокой** (> 15%) или **неизвестной резистентностью** к кларитромицину рекомендуется **квадротерапия с висмутом**. Если этот вариант недоступен, можно рассмотреть квадротерапию без висмута.



ИПП 2 раза в сутки
Тетрацилин 500 мг 4 р в сутки
Метронидазол 500 мг 3 р в сутки
Висмута трикалия дицитрата 2 таб 2 р в сутки

Низкая устойчивость
($< 15\%$)
к кларитромицину

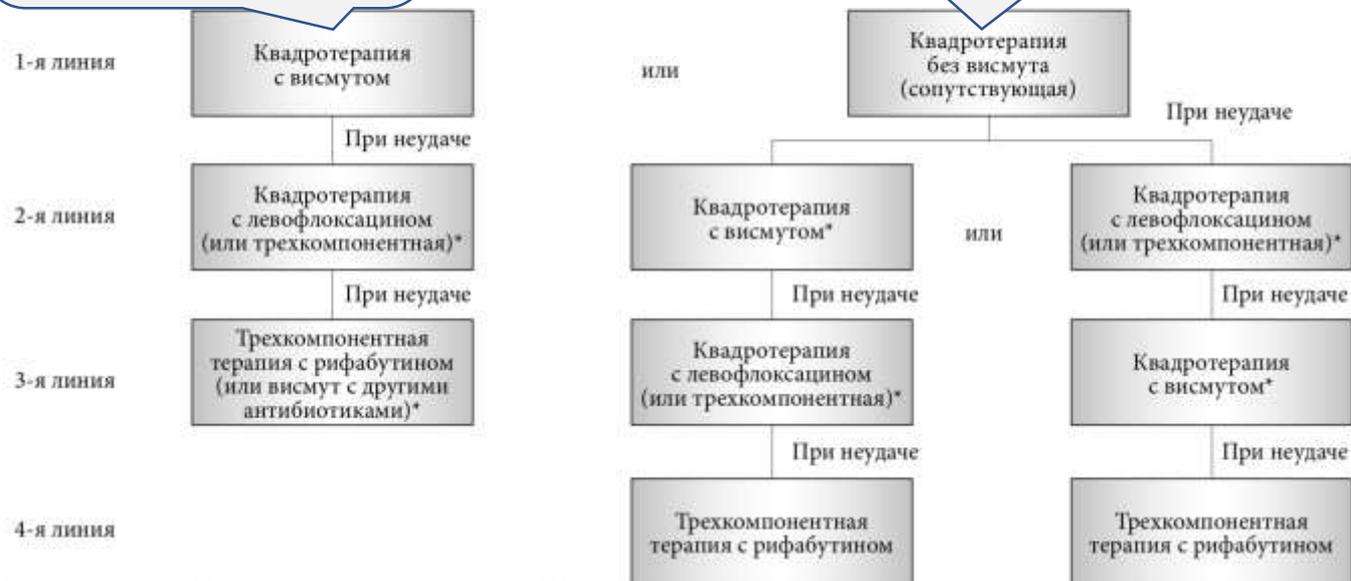
ИПП 2 раза в сутки
Амоксициллин 1000 мг 2 р в сутки
Кларитромицин 500 мг 2 р в сутки



ИПП 2 раза в сутки
Тетрациклин 500 мг 4 р в сутки
Метронидазол 500 мг 3 р в сутки
Висмута трикалия дицитрата 2 таб 2 р в сутки

Высокая (> 15%)
устойчивость
к кларитромицину

ИПП 2 раза в сутки
Амоксициллин 1000 мг 2 р в сутки
Кларитромицин 500 мг 2 р в сутки
Метронидазол 500 мг 3 р в сутки







Меры по повышению эффективности антихеликобактерной терапии

St. 8: Использование высоких доз ИПП два раза в день повышает эффективность тройной терапии. Остается неясным, повышают ли высокие дозы ИПП два раза в день эффективность квадротерапии. **Согласие 97%, УД С2**

St. 9: Блокаторы калиевых каналов (P-CaB, вонопрозан) в комбинированной терапии превосходят традиционные ИПП или не уступают им в тройной терапии первой и второй линий, обладают преимуществами у пациентов с инфекцией, устойчивой к антибиотикам. **Согласие 100%, УД В2**

Повышение эффективности антихеликобактерной терапии

- Введение в тройную терапию препаратов висмута
- Использование эзомепразола и рабепразола
- Удвоение дозы ингибитора протонной помпы
- Назначение правильных схем и их соблюдение
- Контроль эрадикации
- Введение в схему лечения про- и пребиотических препаратов

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите клинические симптомы при заболеваниях пищевода
2. Проведите дифференциальный диагноз при изжоге
3. Проведите дифференциальный диагноз при дисфагии
4. Перечислите клинические симптомы и синдромы при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Проведите дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии.
6. Проведите дифференциальный диагноз при синдроме дефекта(ов) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ЭГДС.

Литература

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. ЭБС. Консультант студента: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444061.html>
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Трухманов А.С., Картавенко И.М., Киприанис В.А., Охлобыстина О.З. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(1):50-61. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-50-61 http://www.gastro.ru/userfiles/R_FD2016.pdf
3. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Маев И.В., Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Лапина Т.Л., Параскевова А.В., Андреев Д.Н., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Барановский А.Ю., Зайратьянц О.В., Зольникова О.Ю., Дронова О.Б., Кляритская И.Л., Корочанская Н.В., Кучерявый Ю.А., Маммаев С.Н., Осипенко М.Ф., Пирогов С.С., Полуэктова Е.А., Румянцева Д.Е., Сайфутдинов Р.Г., Сторонова О.А., Успенский Ю.П., Хлынов И.Б., Цуканов В.В., Шептулин А.А. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского научного медицинского общества терапевтов, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Научного сообщества по изучению микробиома человека). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024;34(5):111–135. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-34-5-111-135>
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Сторонова О.А., Абдулхаков С.Р., Андреев Д.Н., Бордин Д.С., Валитова Э.Р., Кляритская И.Л., Кривой В.В., Кучерявый Ю.А., Лапина Т.Л., Морозов С.В., Саблин О.А., Семенихина Е.В., Успенский Ю.П., Шептулин А.А. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по клиническому применению манометрии высокого разрешения при заболеваниях пищевода. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(3):61–88. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-3-61-88>
5. Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Маев И.В., Трухманов А.С., Сторонова О.А., Макушина А.А., Пирогов С.С., Зайратьянц О.В., Алексеева О.П., Андреев Д.Н., Лапина Т.Л., Ткачев А.В., Успенский Ю.П., Шептулин А.А. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(5):63–83. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-5-63-83>
6. «Дифференциальный диагноз в гастроэнтерологии: учебно-методическое пособие /А.И. Долгушина, А.А. Саенко, А.С. Кузнецова, Н.В. Смагина, Г.М. Хусаинова.-г. Челябинска: Издательский центр «Титул»,2023 .- 152с.:ил.

Литература

7. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Андреев Д.Н., Лапина Т.Л., Баранская Е.К., Тертычный А.С., Пирогов С.С., Шептулин А.А., Абдулганиева Д.И., Дичева Д.Т., Заборовский А.В., Ивашкина Н.Ю., Корочанская Н.В., Параскевова А.В. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018;28(6):84–98. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98>
8. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studentlibrary.ru/>
9. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Федоров Е.Д., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Кононов А.В., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Андреев Д.Н., Баранская Е.К., Дехнич Н.И., Кляритская И.Л., Козлов Р.С., Коган Е.А., Королев М.П., Корочанская Н.В., Курилович С.А., Ливзан М.А., Осипенко М.Ф., Павлов П.В., Пирогов С.С., Сарсенбаева А.С., Симаненков В.И., Тертычный А.С., Ткачев А.В., Успенский Ю.П., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(4):70–99. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99>
10. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Маев И.В., Драпкина О.М., Козлов Р.С., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Абдулхаков С.Р., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Андреев Д.Н., Бордин Д.С., Дехнич Н.И., Кляритская И.Л., Корочанская Н.В., Осипенко М.Ф., Полуэктова Е.А., Сарсенбаева А.С., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Ульянин А.И., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(6):72–93. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93>
11. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Федоров Е.Д., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Кононов А.В., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Андреев Д.Н., Баранская Е.К., Дехнич Н.И., Кляритская И.Л., Козлов Р.С., Коган Е.А., Королев М.П., Корочанская Н.В., Курилович С.А., Ливзан М.А., Осипенко М.Ф., Павлов П.В., Пирогов С.С., Сарсенбаева А.С., Симаненков В.И., Тертычный А.С., Ткачев А.В., Успенский Ю.П., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(4):70–99. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99>



ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Спасибо за внимание!