



**ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»**

# **Неэффективная терапия ИПП у пациентки с изжогой**

Скорнякова Мария Сергеевна, студентка лечебного факультета 544 А группы СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Мамонькина Дарья Сергеевна, студентка лечебного факультета 544 Б группы СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Топалова Юлия Геннадьевна, аспирант 2-го года обучения кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова [topalova.julias@yandex.ru](mailto:topalova.julias@yandex.ru)

Тихонов Сергей Викторович, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург, 2022

# Анамнез заболевания

2019

- Жалобы: изжога, дисфагия
- Приём антацидов - с частично положительным эффектом
- ЭГДС: Эрозивный бульбит. Хронический активный поверхностный гастрит. Недостаточность кардии. Нр +.
- Эрадикационная терапия.
- Приём ИПП в двойной дозировке – частично положительный эффект (сохраняется изжога)

2020

- Сохраняются жалобы на изжогу, дисфагию
- ЭГДС: Недостаточность кардии. Катаральный рефлюкс - эзофагит. Хронический поверхностный гастрит. Хронический дуоденит.
- Суточная рН-импедансометрия – патологическое время закисления в дистальном отделе пищевода (АЕТ=8%)
- Лечение: ИПП в двойной дозировке, прокинетики, нейролептики и антидепрессанты - без значимого положительного эффекта (сохраняется изжога)

2022

- Дообследование: манометрия пищевода – выраженные нарушения моторики не определяются.
- Суточная рН-импедансометрия на терапии ИПП
- Активность цитохрома Р450 2С19 – нормальный метаболизатор.

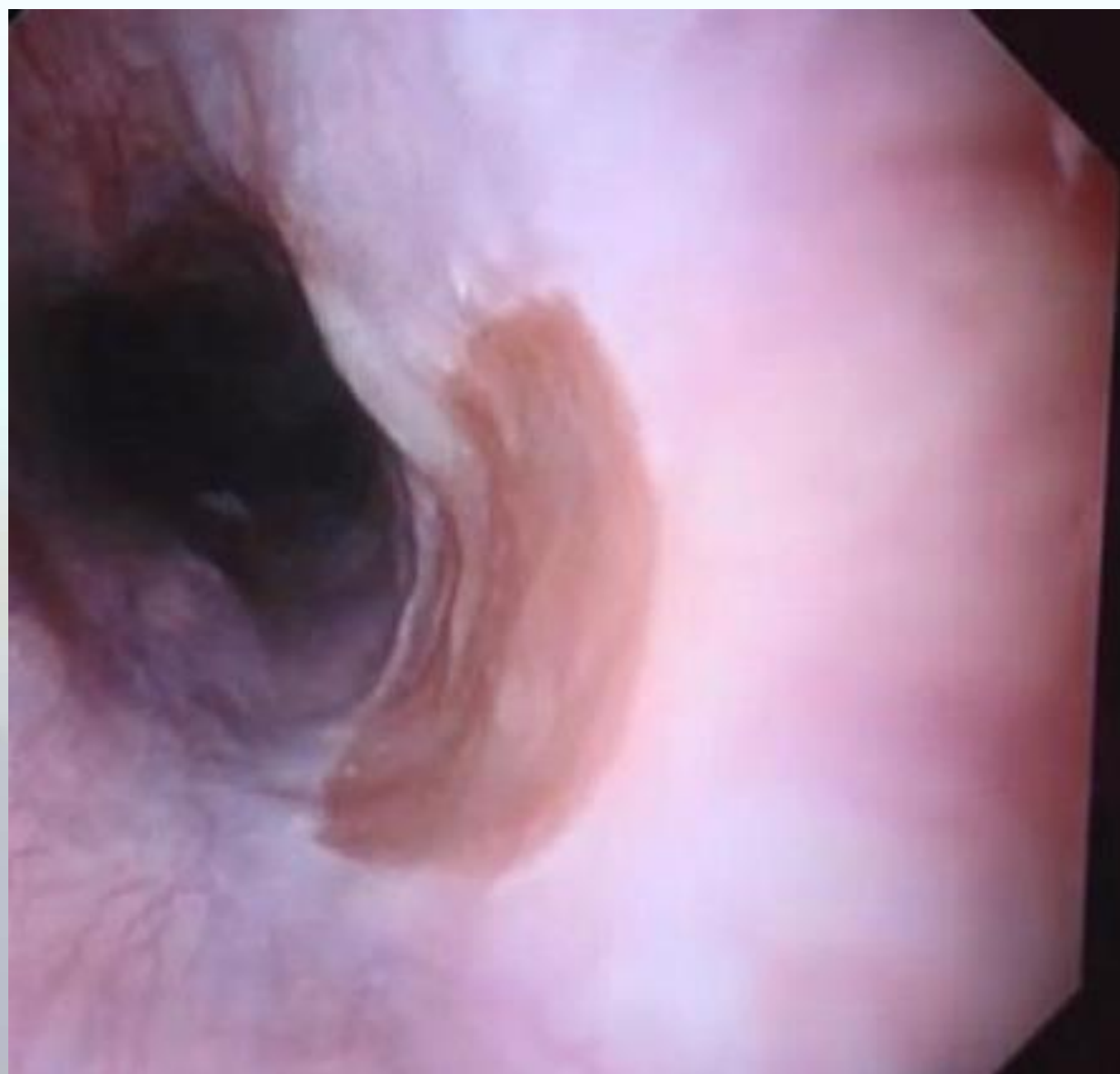
2022

- Плановая госпитализация в СЗГМУ им. И. И. Мечникова для проведения рН импедансометрии и подбора терапии.

# Эзофагогастродуоденоскопия

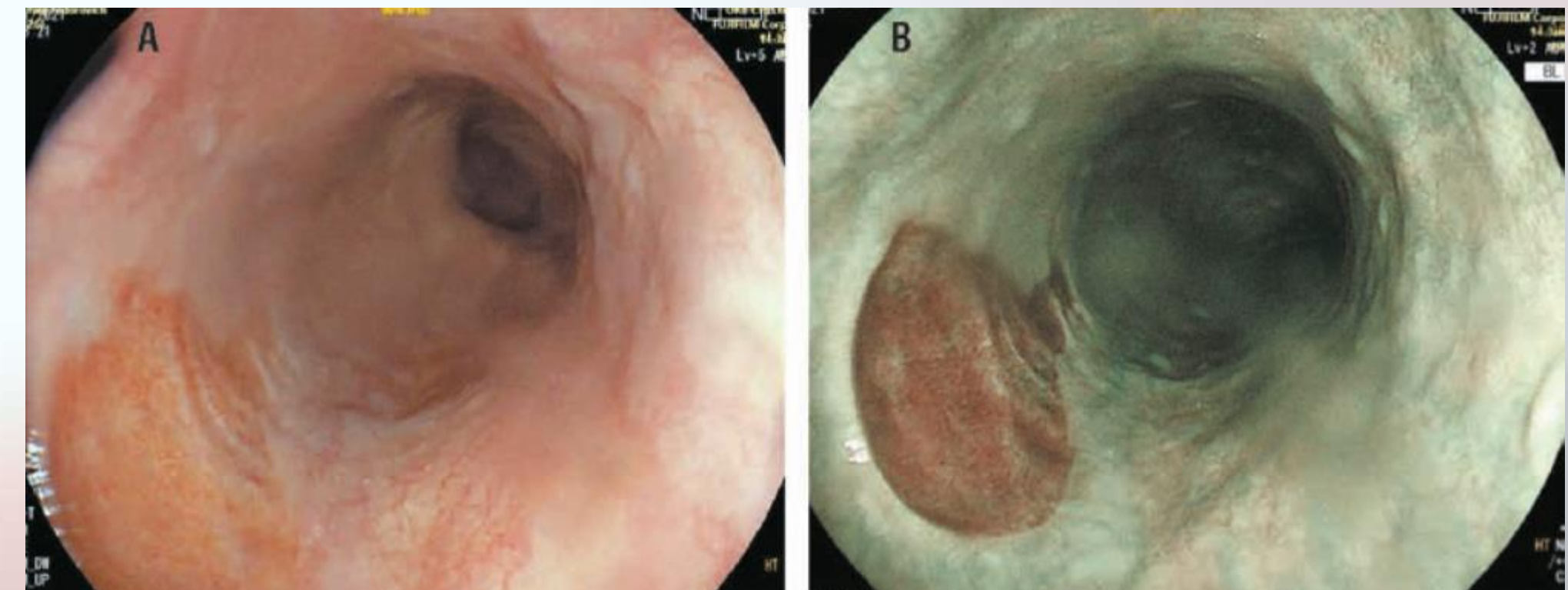
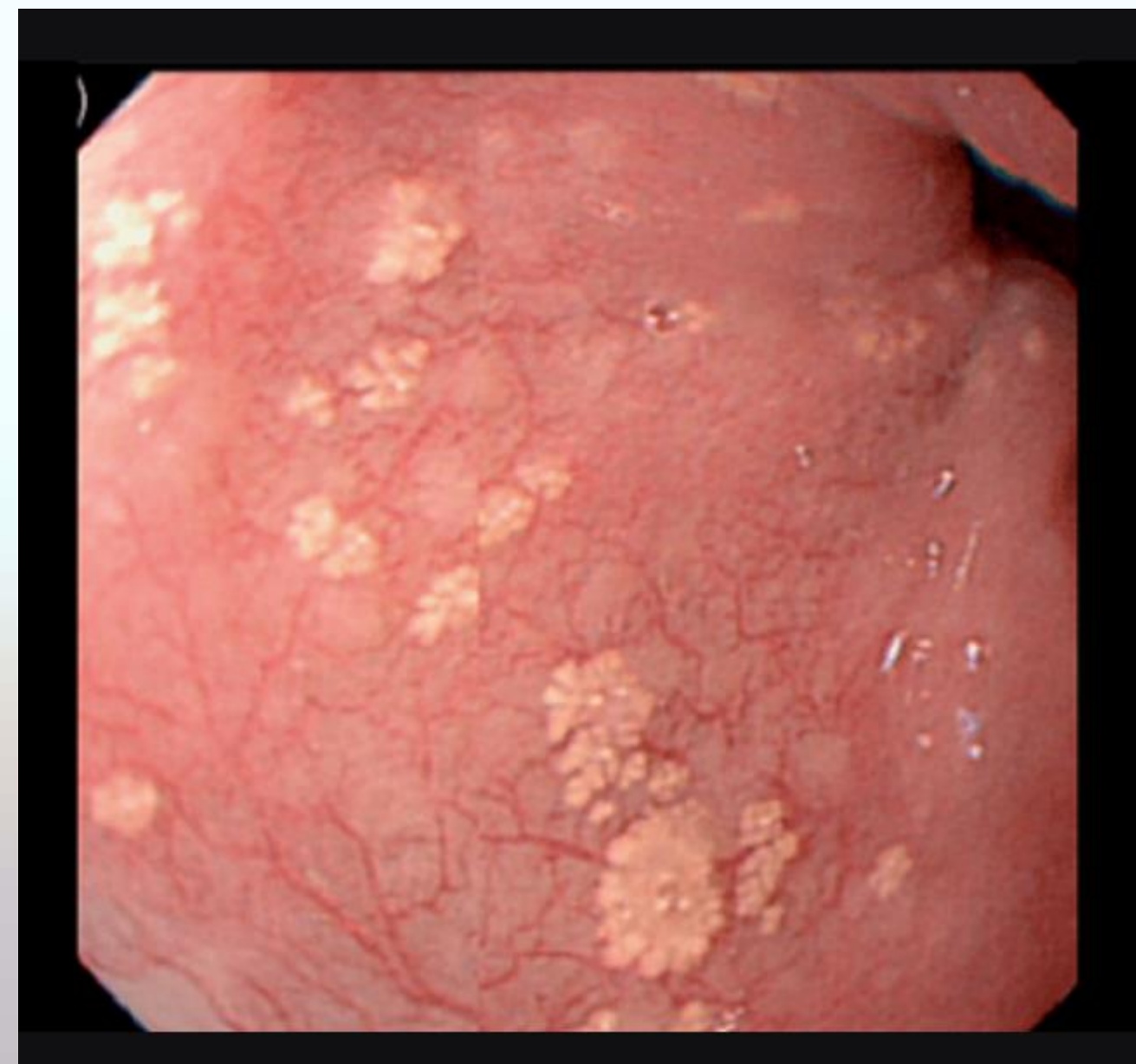
Пищевод свободно проходим, слизистая без дефектов. Форма желудка обычная. В терминальном отделе пищевода, проксимальнее зубчатой линии, определяются единичные плоские очаги светло-желтого цвета размером 2-3 мм (эктопированные сальные железы в пищевод?) - биопсия №1. В устье пищевода определяется схожих два участка слизистой и плоский очаг гетеротопированной слизистой желудка размером 4x2мм. Розетка кардии смыкается полностью, на инверсии - обхватывает эндоскоп. Угол Гиса - острый. "Z" линия неравномерная, расположена на уровне ножек диафрагмы, по лево-задней стенке - высотой около 1,0см - биопсия №2 для исключения пищевода Барретта. Слизистая тела желудка отечна, с очагами гиперемии; антрального отдела - с очагами атрофии и гиперемии. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки округлая. Слизистая двенадцатиперстной кишки розовая. Постбульбарные отделы - слизистая розовая, желчь в просвете определяется, БДС не виден. Взята биопсия по OLGA.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эктопия сальных желез в пищевод? Поверхностный очаговый гастрит.**



Пример гетеротопии СОЖ в устье пищевода

Эктопия сальных желез в пищевод

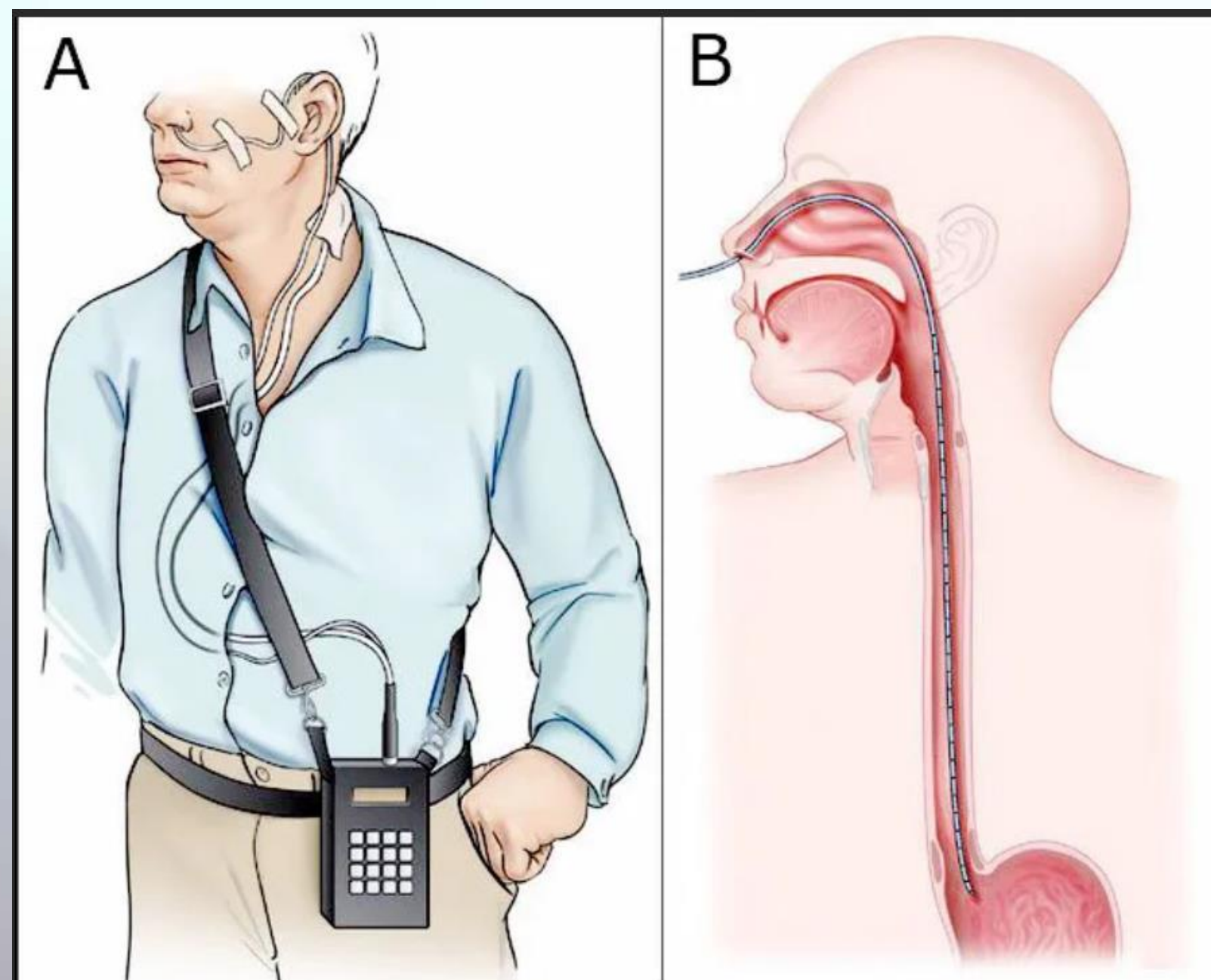


Пример гетеротопии СОЖ в проксимальном отделе пищевода: осмотр в белом свете (А) и в узком спектре (В)

# Ph-импедансометрия

**2021 год (на терапия омепразолом 20 мг 1 р/сут):**

На фоне приема 20 мг омепразола в 9:00 – нормоцидность в течение суток, АЕТ= 14,9% (150 кислых ГЭР преимущественно в дневное время). Наличие ассоциации кислых ГЭР и симптомов изжоги, боли за грудиной свидетельствует о наличии у пациентки классической ГЭРБ. Обращает на себя внимание отсутствие снижения рН в желудке на фоне терапии омепразолом 20 мг 1 раз в сутки.



**2022 год (на терапии рабепразолом 20 мг 2 р/сут)**

## ЖЕЛУДОК

Выявляется гипоацидность на фоне приема ИПП (рН=3,9). В дневное время в положении лежа и в ночное время отмечаются множественные эпизоды повышения рН в желудке, вероятно, связанные с дуодено-гастральными рефлюксами.

## ПИЩЕВОД

Дистальный пищеводный датчик демонстрирует процент времени с рН менее 4 (АЕТ) = 2,69%. В течение суток у пациента определяется 9 кислых ГЭР, 3 их них длительность более 5 минут.

Проксимальный пищеводный датчик: 17 кислых ГЭР в течение суток являются проксимальными, 3 ГЭР длительностью более 5 минут.

За время наблюдения у пациентки отмечается 3 эпизода болей за грудиной, ассоциированных с рефлюксами (по данным импедансометрии) и 1 эпизод изжоги, ассоциированной с рефлюксами.

Таким образом, у пациентки на фоне приема рабепразола 40 мг не отмечается патологическое время закисления в пищеводе, процент времени с рН менее 4 (АЕТ), количество кислых ГЭР соответствуют нормальным значениям, однако симптомы изжоги и болей за грудиной ассоциированы с ГЭР, которые вероятно связаны с наличием в дистальном отделе пищевода кислотопродуцирующей ткани, по данным гистологического исследования (биопсия пищевода).

Количество кислых ГЭР в дистальной части пищевода превышает количество кислых ГЭР в проксимальной части пищевода.

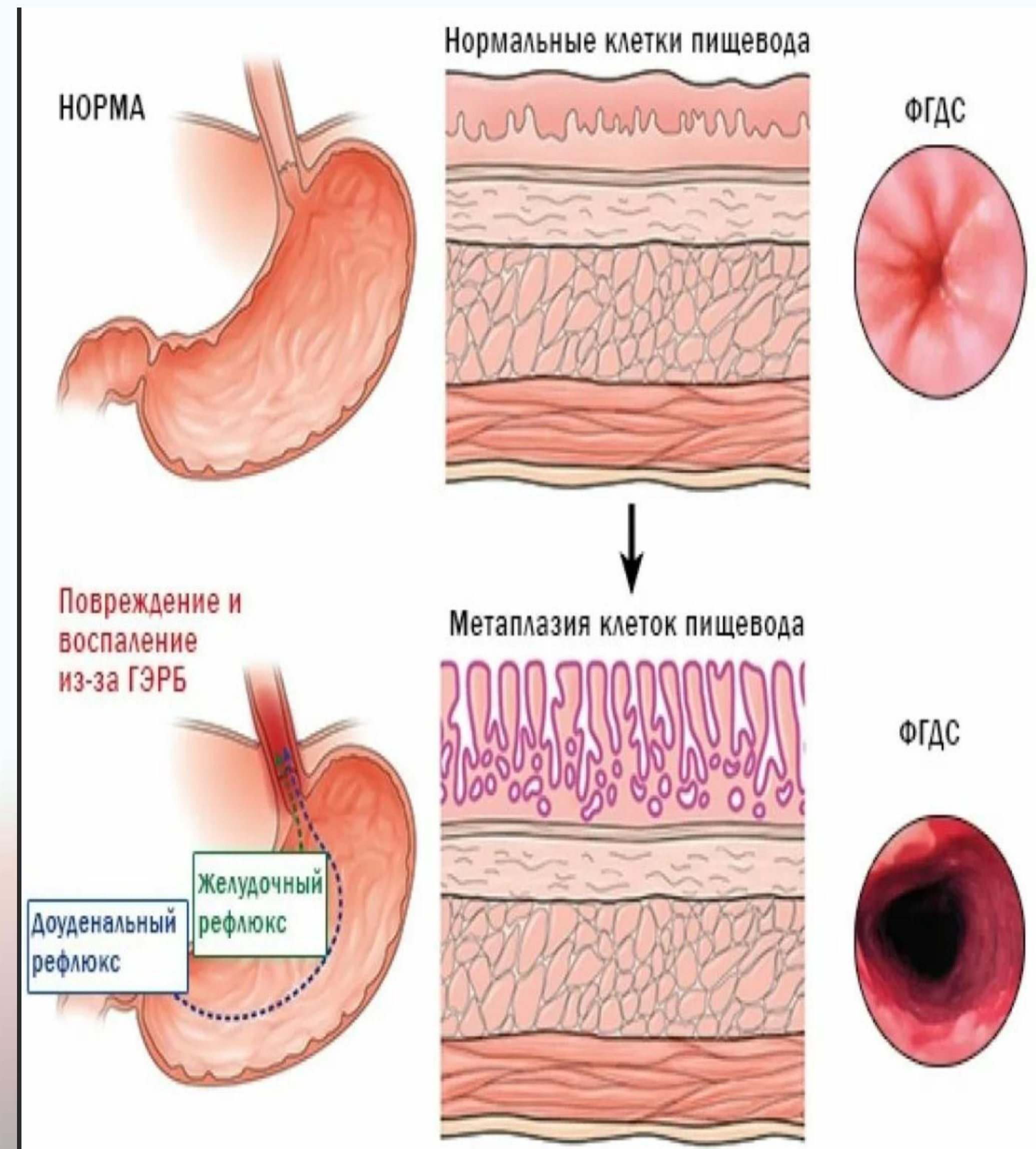
# Гистологическое исследование

## Макро:

- Биопсия 1: эктопия сальных желез в пищевод?
- Биопсия 2: пищевода Барретта?
- Биопсия по OLGA.

## Микро:

- Эктопиронные сальные железы пищевода.
- Желудочная метаплазия терминального отдела пищевода с наличием кислотопродуцирующих клеток.
- Хронический неактивный гастрит 0 стадии 2 степени (OLGA 2008), НР-.



# Подходы к лечению

Единого подхода к терапии пациентов с пищеводной гетеротопией СОЖ не разработано. Практически все авторы склоняются к мнению, что бессимптомная желудочная гетеротопия пищевода **не требует лечения** [1,2]. При наличии жалоб **показана кислотосупрессивная терапия ИПП** для купирования симптомов, обусловленных секрецией кислоты. Длительность назначения ИПП четко не определена, но считается оправданной тактика, применяемая при лечении ГЭРБ: терапия «step-down» или «step-up» в течение 4–8 нед., с последующим назначением ИПП по требованию. Если, несмотря на высокую дозу ИПП, есть рецидивы, **добавление антагонистов H<sub>2</sub>-рецепторов вечером** может предотвратить ночной кислотный прорыв. Интересно, что одно исследование показало уменьшение размеров локуса гетеротопии после курса ИПП [1, 3].

Неэффективность консервативных мер является показанием к полному **эндоскопическому либо хирургическому удалению очагов** гетеротопии, причем **эндоскопические абляционные методы** являются предпочтительными. В последние годы появилось несколько публикаций об использовании **радиочастотной абляции (РЧА)** для лечения гетеротопии СОЖ в проксимальном отделе пищевода [1,4]. В 2015 г. R.H. Cartabuke сообщил об успешном выполнении эндоскопической мукозальной резекции участка высокой дисплазии в «inlet patch» в сочетании с РЧА всей области гетеротопии, локализованной на расстоянии от 19 до 22 см от резцов и охватывающей 75% окружности пищевода. Последующее обследование через 6 мес. показало полную эрадикацию участка гетеротопии [1,5].

1. Долгушина .И., Хихлова А.О., Олевская Е.Р., Науменко О.В. Гетеротопия слизистой оболочки желудка в проксимальном отделе пищевода: исторический ракурс и современный взгляд. *РМЖ*. 2021;6:87-92.
2. Rusu R., Ishaq S., Wong T. et al. Cervical inlet patch: new insights into diagnosis and endoscopic therapy. *Frontline Gastroenterol*. 2018;9(3):214–220. DOI: 10.1136/flgastro-2017-100855.
3. Chong V.H. Clinical significance of heterotopic gastric mucosal patch of the proximal esophagus. *World J Gastroenterol*. 2013;19(3):331–338.
4. Dunn J.M., Sui G., Anggiansah A., Wong T. Radiofrequency ablation of symptomatic cervical inlet patch using a through-the-scope device: a pilot study. *Gastrointest Endosc*. 2016;84(6):1022–1026.e2.
5. Cartabuke R.H., Thota P.N. High-grade dysplasia in thoracic inlet patch treated by focal endoscopic mucosal resection and radiofrequency ablation. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(5):1297–1298.