

Что должен знать терапевт о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Е. И. Вовк¹, С. А. Ерин²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

² Городская клиническая больница имени С. И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы

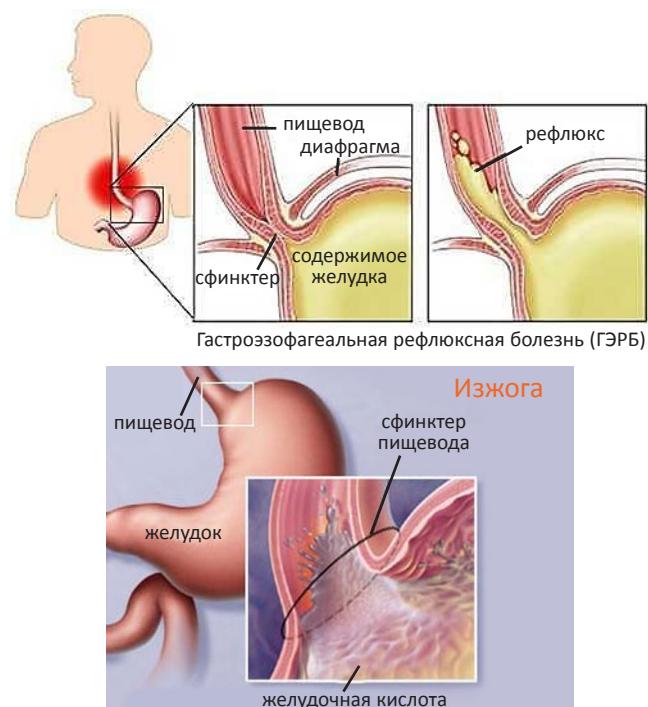
По определению Генвальской конференции, «...термин «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)» можно использовать для объединения всех индивидуумов, которые подвергаются риску физических осложнений от гастроэзофагеального рефлюкса или испытывают клинически значимое нарушение благополучного существования (качества жизни) из-за симптомов, связанных с рефлюксом, после адекватного подтверждения доброкачественной природы их симптомов».

Основной симптом ГЭРБ — изжога после еды, часто сопровождаемая и другими «пищеводными» симптомами: отрыжкой, срыгиванием, болью и жжением за грудиной при глотании, ощущением кома в горле (рис 1).

По данным анкетирования 13612 респондентов из 11 городов России, изжогу эпизодически испытывают более 60% мужчин и женщин, а часто или постоянно — более 16% [3].

Второй по частоте жалобой при ГЭРБ выступает ретростеральная боль во время и после еды, в положении лежа. Боль иррадирует в межлопаточную область, ниж-

Рис. 1. Механизм развития изжоги при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни



нюю челюсть, левую половину грудной клетки. Характерные признаки болей в грудной клетке, ассоциированных с ГЭРБ:

- сочетание с изжогой и/или дисфагией;
- жгучий характер;
- локализация за грудиной;
- отсутствие иррадиации;
- связь с приемом пищи, переизбытком, погрешностями в диете;
- возникновение в положении лежа, при наклонах и натуживании, уменьшение или исчезновение после приема противокислотных препаратов.

При обращении пациента с подобными жалобами в первую очередь необходимо исключить ишемическую болезнь сердца.

Характерно уменьшение эзофагеальных болей после приема щелочных продуктов, соды и минеральной воды («щелочной тест») и усиление при перфузии пищевода 0,1% раствором соляной кислоты («тест Бернштейна»).

Для дифференциальной диагностики генеза болей важно выявить факторы, провоцирующие и купирующие боли. Дисфагия обычно служит признаком осложненного течения ГЭРБ — стенозирования дистального отдела пищевода.

Следующая группа симптомов включает хронический кашель, приступы удушья, хронический бронхит, кровохарканье, аспирационную пневмонию и легочный фиброз. Характерные признаки жалоб, ассоциированных с ГЭРБ:

- сочетание с изжогой и/или дисфагией и болями в грудной клетке;
- затруднение дыхания после еды, переизбытка, употребления алкоголя; в положении лежа, ночью или рано утром;
- усугубление удушья на фоне терапии теофиллином.

Особенно важно исключить ГЭРБ у пациентов с бронхоспазмом, не отвечающих на адекватную стандартную терапию.

Нередки и такие симптомы, как хроническая охриплость, гранулемы и полипы голосовых складок, дисфония, боли в горле, шее, избыточное слезообразование в гортани, гиперсаливация, ощущение комка в глотке, хроническая заложенность носа.

Выделены и «стоматологические» жалобы: жжение языка и щек, нарушение вкусовых ощущений, поражение зубной эмали, дурной запах изо рта (халитоз).

У больных ГЭРБ иногда встречаются пароксизмальные ночные апноэ.

Вовк Елена Ивановна — к. м. н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Ерин Сергей Александрович — заведующий 4-м хирургическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ».

Выделяют следующие факторы риска ГЭРБ:

- стресс;
- работа, связанная с наклонным положением туловища и натуживанием;
- ожирение, особенно висцеральное;
- хронический панкреатит;
- беременность;
- курение;
- факторы питания (жирная и острая пища, шоколад, кофе, цитрусовые и кислые фруктовые соки, алкоголь, зеленый чай);
- прием препаратов, повышающих концентрацию дофамина в периферических тканях (фенамина, первитина, прочих производных фенилэтиламина);
- прием холинолитиков, спазмолитиков, НПВП, теофиллина, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, препаратов мяты.

Основные причины гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

1. *Несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера, приводящая к недостаточности запирающего механизма кардии желудка.*

Поскольку давление в желудке выше, чем в пищеводе, то рефлюкс желудочного содержимого в пищевод должен быть постоянным явлением. Однако благодаря запирающему механизму кардии он возникает редко, на короткое время (менее 5 минут). Нормальные показатели pH в пищеводе — 5,5–7,0. В соответствии с критериями DeMeester, пищеводный рефлюкс следует считать патологическим, если время с pH < 4,0 в пищеводе существенно больше, чем в норме, и превышает 5% времени суток, а суммарное количество рефлюксов в течение суток — более 46.

Главную роль в запирающем механизме кардии отводят состоянию нижнего пищеводного сфинктера. У здоровых людей давление в данной зоне составляет 20,8 ± 3 мм рт. ст., а у больных ГЭРБ — 8,9 ± 2,3 мм рт. ст. В большинстве случаев гипотонию нижнего пищеводного сфинктера вызывают лекарственные препараты: холинолитики, трициклические антидепрессанты, блокаторы H₂-рецепторов, фенотиазины, нитраты, универсальные спазмолитики, опиаты, теофиллин, препараты мяты и др.

2. *Анатомические дефекты строения пищевода, желудка и диафрагмы.*

- Угол, под которым пищевод переходит в большую кривизну желудка (угол Гиса), служит важным элементом запирающего механизма кардии. Чем меньше угол Гиса, тем лучше функционирует этот механизм.
- Воздушный пузырь желудка и нормальное давление внутри желудка прижимают складки слизистой оболочки к правой стенке пищевода, предотвращая забрасывание содержимого желудка в пищевод (клапан Губарева).
- Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). При этом дистопия желудка в грудную полость приводит к исчезновению угла Гиса и нарушению запирающего механизма кардии. Патогенетическая классификация ГПОД представлена на рисунке 2.

3. *Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс вследствие дискоординации моторики кардиального и антрального отделов желудка: переходящие частые расслабления нижнего пищеводного сфинктера, замедлен-*

ное опорожнение желудка вследствие высокого интрагастрального давления (рис. 3).

4. *Гастроэзофагеальный рефлюкс при физическом напряжении или повышении интраабдоминального давления (в том числе при беременности)*

5. *Снижение резистентности слизистой оболочки пищевода.*

При физиологическом рефлюксе резистентность слизистой оболочки пищевода к воздействию раздражающих веществ: компонентов пищи, желудочного и дуоденального сока определяется эффективностью клиренса пищевода. Пищеводный клиренс, то есть скорость устранения химического раздражителя из полости пищевода, обеспечивается благодаря:

- активной перистальтике пищевода;
- ощелачивающему действию слюны;
- защитной функции слизи, секретлируемой слизистой оболочкой.

Активная секреция слюны и слизи служит «преэпителиальным» фактором клиренса пищевода.

Основным «эпителиальным» фактором клиренса выступает секреция бикарбоната на поверхность клеток эпителия, зависящая от внутриклеточной pH (в норме 7,3–7,4). Повреждение эпителия начинается, когда ионы водорода и изолецитин преодолевают преэпителиальный защитный слой и активную бикарбонатную секрецию.

«Постэпителиальным» эффективным защитным механизмом от агрессии является простагландин-зависимое кровоснабжение слизистой оболочки, обеспечивающее усиленную секрецию слюны и слизи и активную клеточную регенерацию эпителия в ответ на длительное раздражение слизистой оболочки гастродуоденальным содержимым.

6. *Рефлюкстат — самостоятельный фактор патогенеза ГЭРБ.*

В состав содержимого желудка входят соляная кислота и пепсин, агрессивно действующие на пищевод. Однако более тяжелое повреждающее действие на слизистую оболочку

Рис. 2. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы: А — короткий пищевод; Б — аксиальные или скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; параззофагеальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

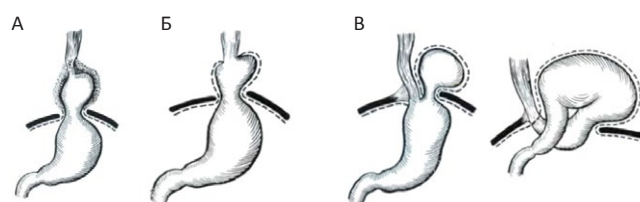
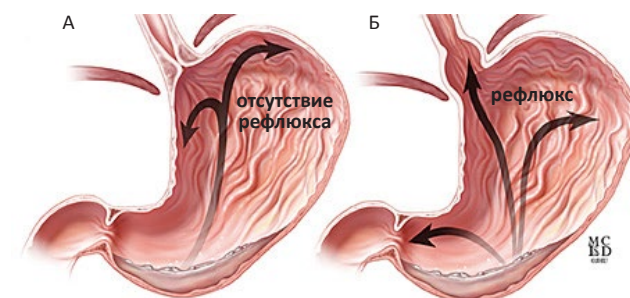


Рис. 3. Механизм развития гастроэзофагеального рефлюкса вследствие дискоординации моторики желудка



пищевода оказывает «щелочной» рефлюкс содержимым двенадцатиперстной кишки, который принято называть дуодено-гастроэзофагеальным. Такой рефлюктат, содержащий желчь, изолецитин и панкреатический сок, часто обнаруживают у пациентов с осложненным течением ГЭРБ.

Любая из указанных причин и длительный контакт слизистой оболочки пищевода с гастродуоденальным содержимым приводят к воспалению преимущественно дистального отдела пищевода с развитием катарального, эрозивного или язвенного эзофагита. Повреждение дистального отдела пищевода вызывает поражение слизистой оболочки различной тяжести и глубины (рис. 4). В исходе тяжелого воспаления при рубцевании глубоких язв образуются стриктуры пищевода, и у части больных развивается дистрофия и толстокишечная метаплазия неороговевающего многослойного плоского эпителия — пищевод Барретта.

Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

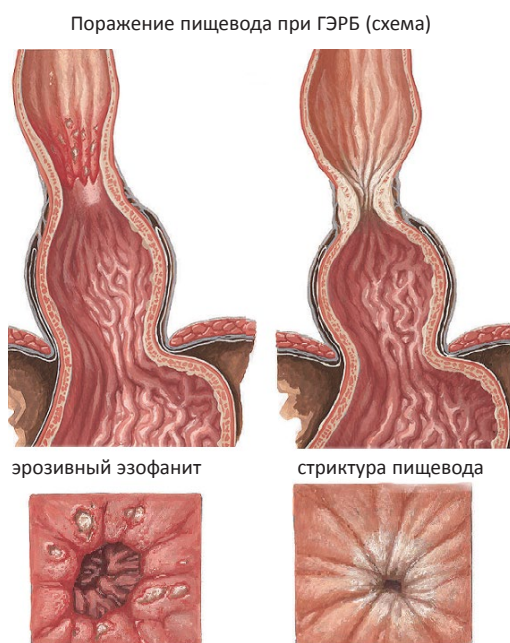
Основной причиной обращения за медицинской помощью служат осложнения ГЭРБ: эрозивно-язвенный эзофагит, язва пищевода; стриктуры дистальной части и укорочение пищевода, пищевод Барретта и рак пищевода. Жалобы, характерные для этих осложнений: дисфагия различной степени тяжести, одинофагия, развитие непроходимости пищевода.

Классификация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Поскольку вероятность развития рефлюкс-эзофагита непосредственно связана с уровнем и длительностью закисления пищевода, то ГЭРБ относят к кислотозависимым заболеваниям. Согласно МКБ-10, ГЭРБ принадлежит к рубрике К.21; различают ГЭРБ с эзофагитом (К21.0) и без эзофагита (К21.1).

На IX Европейской гастроэнтерологической неделе в Амстердаме (2001) решено выделять три клинико-эндоскопические формы ГЭРБ:

Рис. 4. Поражения пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (схема): эрозивный эзофагит; стриктура пищевода



- эрозивную рефлюксную болезнь (ЭРБ, 34% случаев ГЭРБ) с развитием эрозивного и/или язвенного рефлюкс-эзофагита с последующим формированием стриктур дистальной части пищевода;
- неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ, 60% случаев ГЭРБ) без признаков эзофагита и/или катаральный рефлюкс-эзофагит;
- пищевод Барретта — дистрофию и цилиндроклеточную метаплазию многослойного плоского эпителия дистальной части пищевода с высокой вероятностью бластоматозной трансформации.

Красные флаги:

- очень частая и некупируемая изжога;
- голодные боли;
- рвота кислым;
- ночные боли в верхней половине живота и за грудиной;
- усиление болей под влиянием стресса или недосыпания.

Необходимый диагностический минимум при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Вопросы врача пациенту с подозрением на ГЭРБ.

- Когда появилась боль или изжога?
- Является ли боль/изжога постоянной или прерывистой?
- Беспокоит ли боль/изжога ночью и в положении лежа?
- Носит ли боль/изжога «голодный» характер и как меняется ее выраженность при приеме пищи?
- Какие еще жалобы, ассоциированные с глотанием, Вас беспокоят?
- Беспокоит ли тошнота или рвота, каким содержимым?
- Какова Ваша масса тела?
- Есть ли у Вас заболевания легких?
- Болели ли Ваши родители язвенной болезнью?
- Обращались ли Вы за помощью к гастроэнтерологу?
- Проводили ли Вам ранее эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС)?
- Наблюдаетесь ли Вы у кардиолога, и был ли у Вас инфаркт миокарда?
- Как часто Вы принимаете обезболивающие, НПВП, ацетилсалициловую кислоту (Аспирин, Аспирин кардио), теofilлин?
- Курите ли Вы?
- Сколько кофе и чая (какого) Вы употребляете в сутки?
- Что Вы применяете, чтобы уменьшить выраженность симптомов?
- Пробовали ли Вы принимать антациды и другие противокишечные средства?

Обязательные исследования при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

1. ЭГДС + прямая хромоэндоскопия.

Во время ЭГДС на слизистую оболочку пищевода наносят раствор метиленового синего (рис. 5). Неизменную слизистую оболочку, а также доброкачественные новообразования: полипы и стриктуры, язвы и эрозии метиленовый синий не окрашивает, а злокачественные новообразования окрашивает в ярко-синий цвет.

При использовании эндоскопических методов высокого разрешения и узкоспектральной эндоскопии на начальных этапах болезни можно выявить полнокровие, извитость и избыточное количество капилляров слизистой оболочки нижней трети пищевода.

2. Рентгенография пищевода и желудка с барием (полипозиционная) на ранних стадиях заболевания целесообразна для выявления рефлюкс-эзофагита при НЭРБ. Показанием для рентгенографии на поздних стадиях ГЭРБ служит развитие дисфагии или одинофагии. Кроме того, рентгенография пищевода и желудка показана при диспансерном наблюдении пациентов с ГЭРБ и ранее диагностированными органическими изменениями пищевода (например, пептическими язвами, стриктурами или ГПОД) (рис. 6).

3. 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия (интраэзофагеальная рН-метрия). Позволяет определить количество и длительность эпизодов с $\text{pH} < 4,0$ (эпизоды рефлюкса более 5 минут), оценить динамику рН в пищеводе в зависимости от приема пищи и положения тела.

4. Внутрипищеводная манометрия (эзофагоманометрия). Позволяет выявить изменение тонуса нижнего пищеводного сфинктера и оценить моторную функцию пищевода (перистальтику, давление покоя и расслабление нижнего и верхнего пищеводных сфинктеров). Наиболее информативна

Рис. 5. Результаты хромоэзофагоскопии с метиленым синим при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищеводе Барретта

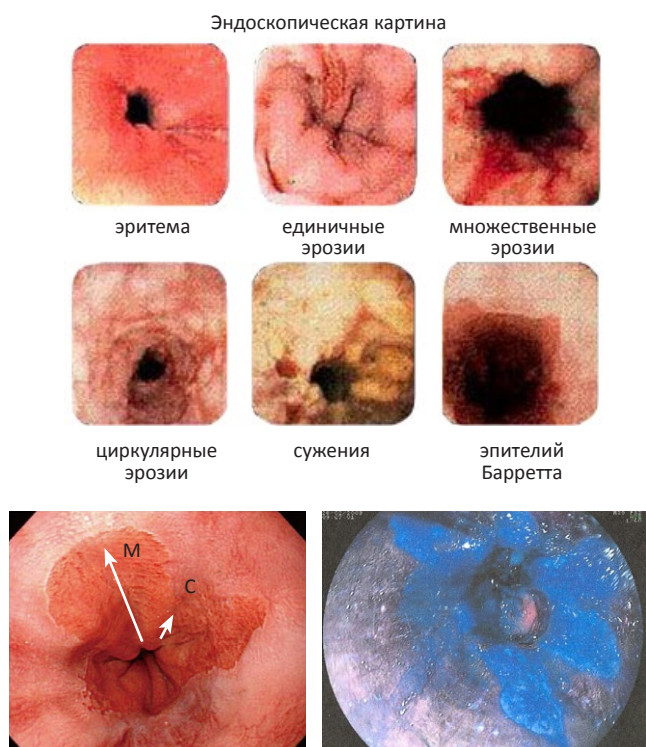


Рис. 6. Результаты рентгенографии пищевода с барием



и физиологична комбинация 24-часовой пищеводной манометрии с пищеводным и желудочным мониторингом рН.

5. Сцинтиграфия пищевода — метод функциональной визуализации для оценки эзофагеального клиренса с радиоактивным изотопом технеция. Задержка принятого изотопа в пищеводе более чем на 10 минут указывает на замедление эзофагеального клиренса. Достоинства данного метода включают неинвазивность и возможность выявления рефлюкса до развития эзофагита.

6. Импедансометрия пищевода позволяет исследовать нормальную и ретроградную перистальтику пищевода и рефлюксы различного происхождения (кислые, щелочные, газовые).

7. УЗИ органов брюшной полости для определения сопутствующей патологии.

Лабораторных признаков, патогномоничных для ГЭРБ, нет.

Рекомендуемые исследования общего профиля:

- общий анализ крови;
- определение группы крови; резус-фактора.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori*

В настоящее время инфекцию *H. pylori* не считают причиной ГЭРБ, однако на фоне значительного и длительного подавления кислотопродукции бактерия распространяется из антрального отдела в тело желудка. При этом возможно ускорение процессов потери специализированных желез желудка, что приводит к развитию атрофического гастрита и, возможно, раку желудка. Соответственно, больным ГЭРБ, которым необходима длительная антисекреторная терапия, показана диагностика инфекции *H. pylori*, а при ее выявлении — эрадикация.

Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Цели лечения ГЭРБ:

- купирование жалоб и симптомов;
- борьба с рефлюксом;
- лечение и предотвращение осложнений;
- улучшение качества жизни.

Лечение неосложненной ГЭРБ и НЭРБ преимущественно консервативное. Одно из условий эффективного лечения ГЭРБ — изменение образа жизни пациента (рис. 7).

Врачу следует рекомендовать пациенту:

- отказаться от курения;

Рис. 7. Модификация образа жизни пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью



- корректировать диету: ограничить употребление жирной (сала, колбас, маргарина, майонеза, сливок, сметаны, свинины, баранины, жирной говядины, жирной рыбы, мяса гуся и утки, жареного во фритюре) и острой пищи, продуктов, вызывающих газообразование, консервов, хлеба и жирных кондитерских изделий, шоколада, кофе, зеленого чая, газированных прохладительных напитков, напитков с мятой, цитрусовых и кислых фруктовых соков;
- корректировать объем пищи, характер и время ее приема: не переедать и не есть большими порциями, не есть перед сном, в ночное время, не лежать после еды в течение 1,5 ч (при обострении ГЭРБ необходимо дробное питание, стол № 4);
- снизить массу тела при ожирении;
- избегать тесной одежды, тугих поясов, корсетов, бандажей, приводящих к повышению внутрибрюшного давления;
- спать с приподнятым минимум на 15 см головным концом кровати или на высокой подушке;
- ограничить прием лекарств, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера: спазмолитиков (папаверина, дротаверина), холинолитиков, β -адреномиметиков, теофиллина, стероидов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, транквилизаторов ряда бензодиазепина, опиатов, нитратов, блокаторов медленных кальциевых каналов, препаратов мяты (валидола, мятного масла), НПВП.

Пациентам с изжогой необходимо знать простые правила самопомощи (рис. 8).

Медикаментозное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Различают 4 группы лекарственных средств, используемых для лечения ГЭРБ.

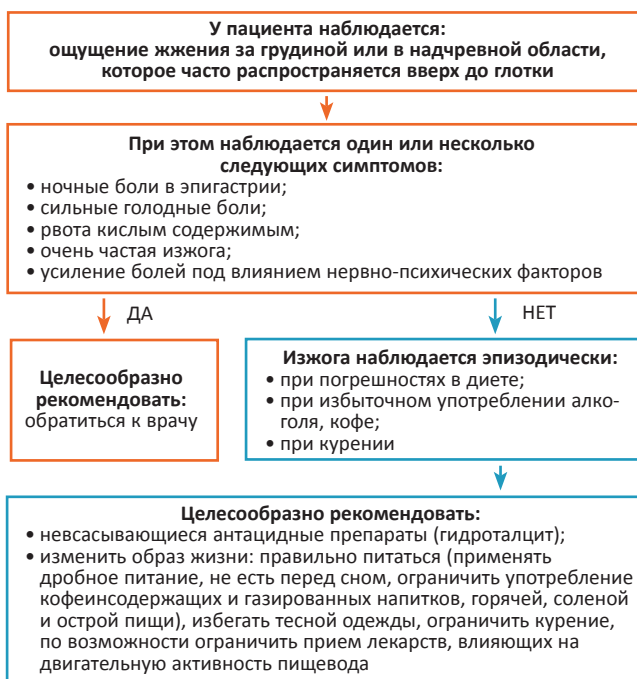
Противокислотные препараты

1. В настоящее время препаратами выбора в лечении ГЭРБ признаны антисекреторные препараты — ингибиторы H^+ , K^+ -АТФазы.

Ингибиторы H^+ , K^+ -АТФазы надежно блокируют секрецию HCl в теле желудка, уменьшая повреждающее действие кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода при гастроэзофагеальном рефлюксе. Обеспечивая выраженное и продолжительное подавление базальной и стимулированной кислой желудочной секреции, в 90–96% случаев препараты приводят к заживлению пораженных участков пищевода после 6–8 недель лечения [2].

При недостаточно быстрой динамике заживления эрозий или внепищеводных проявлениях ГЭРБ следует назначать удвоенную дозу ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы

Рис. 8. Алгоритм ответственной самопомощи при изжоге



и увеличивать продолжительность лечения (до 12 недель и более) (табл.). Критерий эффективности лечения — стойкое устранение симптомов.

2. Антациды — симптоматические лекарственные средства, уменьшающие кислотность желудочного содержимого вследствие химической нейтрализации соляной кислоты в полости желудка и просвете пищевода.

Современные антациды обладают существенными преимуществами: быстро купируют боль, изжогу и диспепсию, адсорбируют желчные кислоты и лизолецитин при дуоденальном рефлюктате. Антациды на короткое время избавляют пациента от изжоги и оказывают обволакивающее защитное действие при желчном рефлюктате. Однако кислотонейтрализующий эффект антацидов непродолжителен, поэтому их следует принимать часто (в зависимости от выраженности симптомов), обычно через 1,5–2 часа после еды и на ночь.

Антациды применяют:

- для облегчения симптомов при самопомощи;
- как лечебное средство, принимаемое пациентами «по требованию» при изжоге;
- для коррекции выраженности симптомов при ночных «кислотных прорывах» на фоне терапии ингибиторами H^+ , K^+ -АТФазы.

В настоящее время в клинической практике отдают предпочтение нерастворимым (невсасывающимся) алюминиево-магниево-антацидам (Маалоксу, Альмагелю),

Таблица. Режим дозирования антисекреторных препаратов на примере препарата рабепразол (РАЗО) при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивный эзофагит. Единичные эрозии	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивный эзофагит. Множественные эрозии	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: курс поддерживающего лечения после заживления эрозий 26–52 недели		Неэрозивная рефлюксная болезнь
Основной курс лечения 4 недели	Основной курс лечения 8 недель	При осложнениях	При неосложненном течении	Без указаний на эрозивный эзофагит в анамнезе
Рабепразол (РАЗО) в дозе 20 мг			Рабепразол (РАЗО) в дозе 10 мг Возможен прием «по требованию»	

Сукральфату и Фосфалюгелю. Растворимые (всасывающиеся) антациды (гидрокарбонат натрия, карбонат кальция и магния) приводят к рикошетной стимуляции кислотообразования и алкалозу, в связи с чем их применение ограничено кратковременной коррекцией изжоги.

Прокинетики

Прокинетики (домперидон, итоприд) повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера, ускоряют эвакуацию из желудка, улучшают координацию антрально-дуоденальной моторики. Прокинетики применяют в комплексной терапии ГЭРБ совместно с ингибиторами H^+ , K^+ -АТФазы.

Домперидон — антагонист периферических дофаминовых D_2 -рецепторов. Не проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому практически лишен побочных действий, характерных для прокинетиков I поколения. Домперидон назначают по 10 мг 3 раза в день за 30 мин до еды и 1 раз на ночь.

Итоприд — антагонист дофаминовых рецепторов и блокатор ацетилхолинэстеразы. Повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, ускоряет опорожнение желудка и восстанавливает антро-дуоденальную координацию. Кроме того, препарат стимулирует как перистальтику, так и сегментарные сокращения кишечника. Суточная доза итоприда — 150 мг: по 50 мг 3 раза в сутки, внутрь, за 20–30 мин до еды.

В лечении эрозивных форм ГЭРБ эффективность препаратов этой группы много ниже, чем антисекреторных препаратов. Кроме того, применение домперидона ограничено у пациентов с ишемической болезнью сердца.

При желчном рефлюкxате показано назначение урсодиоксихолевой кислоты.

Причины неэффективного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Рефрактерное течение ГЭРБ означает отсутствие или неполный ответ пациентов с ГЭРБ на лечение ингибиторами H^+ , K^+ -АТФазы в стандартной дозе на протяжении 8 недель.

Данные клинических исследований свидетельствуют о высокой частоте рецидивов эрозивного рефлюкс-эзофагита в течение года после успешно проведенного курсового лечения с достижением клинико-эндоскопической ремиссии. У подавляющего большинства больных возврат к исходной степени эзофагита по данным ЭГДС развивается уже в первые 6 мес. В целом, частота ГЭРБ, рефрактерной к консервативному лечению, достигает 40% всех случаев рефлюксной болезни. Необходимость в повторных приемах антацидов в течение дня возникает у 29–50% пациентов с ГЭРБ.

Первое место среди причин рефрактерного течения ГЭРБ занимает низкая приверженность терапии. Оказывается, очень много пациентов, несмотря на постоянную пропаганду необходимости терапии ингибиторами H^+ , K^+ -АТФазы, не принимают препаратов или принимают их неправильно. По данным опросов, 42,1% всех больных ГЭРБ самостоятельно принимают другие препараты, уменьшающие выраженность симптомов (антациды, прокинетики, блокаторы H_2 -рецепторов), в отсутствие высоко достоверных клинических доказательств их эффективности [1].

Кроме того, причины неэффективного лечения ГЭРБ включают избыточную массу тела и ожирение, эпизоды ночных рефлюксов, слабокислых и слабощелочных рефлюксов, недиагностированную ГПОД.

Не последнюю роль играет генетический полиморфизм $CYP2C19$ и $CYP3A4$, приводящий к неэффективности ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы первых поколений.

Алгоритм ведения больных с рефрактерной ГЭРБ предусматривает проверку правильности приема ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы и соблюдения больным немедикаментозных рекомендаций. У рефрактерных пациентов со стойким слабощелочным рефлюкxом ГЭРБ можно выявить только при внутрипищеводной рН-импедансометрии. Показанием для этого исследования служит сохранение симптомов ГЭРБ на фоне терапии ингибиторами H^+ , K^+ -АТФазы.

Возможности преодоления резистентности к терапии пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [1]:

- немедикаментозные методы: соблюдение общего режима и диеты;
- правильный прием ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы: строго за 30 минут до завтрака (ингибиторы H^+ , K^+ -АТФазы наиболее эффективны в период активации париетальных клеток пищей); не следует сочетать по времени прием ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы и блокаторов H_2 -рецепторов;
- лечение пациентов с резистентной ГЭРБ: при сохранении симптомов на фоне однократного приема ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы рекомендуют добавлять антациды и альгинаты;
- при лечении пациентов с резистентным эрозивным рефлюкс-эзофагитом целесообразен переход на ингибиторы H^+ , K^+ -АТФазы последних поколений, например рабепразол (РАЗО);
- переход на прием ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы последних поколений 2 раза в сутки (перед завтраком и ужином);
- при «ночном кислотном прорыве» к терапии ингибиторами H^+ , K^+ -АТФазы добавлять на ночь невсасывающиеся антациды.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь при беременности

Изжога встречается почти у 50% беременных, как правило, в I триместре. В большинстве случаев причина изжоги при беременности — ГЭРБ, ассоциированная с гипотензией нижнего сфинктера пищевода вследствие увеличения давления в брюшной полости, замедления моторики и снижения тонуса ЖКТ на фоне вызванной беременностью гиперэстрогемии и прогестеронемии. Диагностика заболевания основана на клинических данных. Приоритетные задачи лечения:

- уменьшение внутрибрюшного давления: нормализация стула, снижение газообразования, употребление желчегонных растительных и кисломолочных продуктов;
- при упорной изжоге в качестве препаратов выбора применение невсасывающихся антацидов: Маалокса, Фосфалюгеля.

Наиболее эффективными из современных лекарственных препаратов в терапии ГЭРБ и других КЗЗ, согласно результатам многочисленных доказательных исследований, являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Обобщенные результаты мировых исследований позволили разрешить применение препаратов омепразола во время беременности при условии указания в инструкции по применению, что омепразол при указанных дозе и длительности приема не оказывает побочного действия на здоровье беременных и развитие плода. Омез (омепразол) разрешен для применения в период беременности и лактации. Он включен в Оранжевую книгу Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов

и медикаментов США как ИПП с доказанной терапевтической эквивалентностью категории А.

Лечение осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

- При неэффективности стартовой консервативной терапии рефлюкс-эзофагита пациента следует направить к гастроэнтерологу для дополнительного обследования: рН-метрии и манометрии пищевода.
- При небольших стриктурах (менее 0,5 см) применяют рассечение слизистой оболочки стриктуры с помощью эндоскопического ножа с последующей поддерживающей терапией ингибиторами H⁺, K⁺-АТФазы.
- При тяжелой рубцовой стриктуре с диаметром просвета > 0,5 см выполняют эндоскопическую баллонную дилатацию с последующей поддерживающей терапией ингибиторами H⁺, K⁺-АТФазы.
- При реактивной гиперплазии слизистой оболочки кардиального отдела желудка при эрозивном эзофагите на фоне ГЭРБ также показан прием ингибиторов H⁺, K⁺-АТФазы в течение 6 месяцев.

Наиболее тяжелое осложнение ГЭРБ — пищевод Барретта (5–15% больных ГЭРБ), который является предраковым заболеванием для аденокарциномы пищевода. Пациентам с пищеводом Барретта показано активное диспансерное наблюдение с ЭГДС каждые 6 месяцев. Диагностика пищевода Барретта основана на данных эндоскопического и морфологического исследования биоптата слизистой оболочки пищевода. При выявлении дисплазии низкой степени необходимо назначить ингибиторы H⁺, K⁺-АТФазы в высоких суточных дозах (рабепразол в (РАЗО) дозе 40–60 мг в сутки) под тщательным эндоскопическим и морфологическим контролем через 3 месяца. На фоне терапии ингибиторами H⁺, K⁺-АТФазы отмечена положительная динамика морфологических изменений: регрессия дисплазии эпителия, исчезновение признаков кишечной метаплазии плоского эпителия в пищеводе, стабилизация процесса. При сохранении дисплазии низкой степени больным рекомендуют продолжить постоянный прием ингибиторов H⁺, K⁺-АТФазы в высоких дозах и провести гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев. Затем гистологическое исследование проводят ежегодно. При выявлении дисплазии высокой степени необходимо назначение ингибиторов H⁺, K⁺-АТФазы в высоких дозах (не менее 40 мг рабепразола (РАЗО) в сутки) с обязательной параллельной оценкой результатов гистологического исследования с последующим решением вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении больного [2].

Показания к хирургическому лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

По данным Российского научного центра хирургии РАМН, показаниями к хирургическому лечению ГЭРБ и пептической стриктуры служат:

Литература

1. Заметки с конференции «Пищевод 2014. Воспаление, повреждение, рак и их профилактика». Москва, 16 сентября 2014 года / www.gastroscan.ru. 2014.
2. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А. С., Баранская Е. К. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

- кровотечение;
- неэффективность консервативной терапии (при безуспешных многократных и частых курсах терапевтического лечения и отсутствии перерывов в фармакотерапии между ними);
- формирование пептических язв пищевода на фоне рефлюкс-эзофагита, когда медикаментозное лечение безуспешно, развитие пищевода Барретта;
- сочетание рефлюкс-эзофагита с ГПОД и заболеваниями органов брюшной полости (в частности, с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим калькулезным холециститом) при неэффективности терапевтического лечения;
- ранний рецидив (менее 6 месяцев) рефлюкс-эзофагита и стриктуры после неоднократных курсов бужирования;
- подозрение на рак в стриктуре, когда при тщательном обследовании больного невозможно полностью исключить диагноз опухоли;
- ГЭРБ с внепищеводными проявлениями (ХОБЛ, бронхиальной астмой, охриплостью голоса, кашлем, аспирационной пневмонией).

В мире известно около 100 различных операций, выполняемых или выполнявшихся при рефлюкс-эзофагите и пептических стриктурах пищевода.

Заключение

ГЭРБ — чрезвычайно распространенное патологическое состояние, существенно ухудшающее качество жизни пациента независимо от формы заболевания. В среднем у 9–12% населения есть те или иные признаки ГЭРБ. По данным эпидемиологических исследований, частота регистрации данной нозологической формы среди населения возрастает примерно на 1% в год. При этом любая форма ГЭРБ способна прогрессировать в аденокарциному пищевода. Прогрессирование неэрозивной рефлюксной болезни в эрозивную форму может достигать 30% в течение года. У 22% больных в течение года нарастает степень тяжести эрозивного эзофагита. При этом в 13% случаев эрозивный эзофагит прогрессирует в пищевод Барретта — предшественник аденокарциномы пищевода. Частота встречаемости ГЭРБ коррелирует с распространенностью главного фактора риска развития ГЭРБ — увеличением ИМТ. Одновременно с увеличением распространенности заболевания возрастает частота регистрации случаев аденокарциномы пищевода, которая замыкает цепь морфологических изменений слизистой оболочки пищевода при ГЭРБ.

ГЭРБ — гастроэнтерологическая патология, при которой задачи терапевта включают раннюю диагностику, немедикаментозную и медикаментозную коррекцию симптомов с обязательным применением ингибиторов H⁺, K⁺-АТФазы, а также предотвращение осложнений и восстановление работоспособности пациентов.

Клинические рекомендации // Российская гастроэнтерологическая ассоциация. М.: 2014. 23 с.

3. Ставраки Е. С., Морозов С. В., Исаков В. А. Распространенность изжоги в России // Материалы VI съезда научного общества гастроэнтерологов России. М.: 2006. С. 290. ■

Библиографическая ссылка:

Вовк Е. И., Ерин С. А. Что должен знать терапевт о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Амбулаторный прием. Т. 3. № 1 (7). С.