

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УРСОДЕЗА

Осадчук А. М., Давыдкин И. Л.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

В последние годы гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) привлекает к себе все больше внимания. Это связано с постепенным нарастанием заболеваемости ГЭРБ в экономически развитых странах. В соответствии с этим, увеличивается регистрация тяжелых, часто резистентных к проводимому лечению форм рефлюкс-эзофагитов и пищевода Барретта (ПБ) [1,2]. Поиск перспективных средств лечения ГЭРБ связан с решением важной проблемы — тактики ведения больных с рефрактерной формой ГЭРБ (РФГЭРБ), заболеваемость которой неуклонно увеличивается [3,4]. Так, по данным R. Fasseta, у 10–42% больных ГЭРБ не удается полностью купировать или уменьшить выраженность симптомов при назначении стандартной дозы ИПП [5]. Недавно проведенные исследования свидетельствуют о том, что у 5–17% пациентов с ГЭРБ двойная доза ИПП является недостаточно эффективной, что предполагает констатирование в данной группе больных «рефрактерности» [6,7], что требует назначения дополнительных лекарственных средств. В качестве средств борьбы с рефрактерностью ГЭРБ предлагается использовать блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов, прокинетики, антациды, гевискон, препараты урсодезоксиколовой кислоты (Урсодез).

**Цель исследования:** оценить эффективность лечения РФГЭРБ на основе использования в схеме лечения Урсодеза — препарата урсодезоксиколовой кислоты.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего под наблюдением находилось 61 пациент с РФГЭРБ в возрасте от 36 до 74 лет, в среднем  $54,3 \pm 3,2$  года. В первую группу обследованных включены 37 пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ (НЭГЭРБ), получающих лечение омепразолом в дозе 20 мг 2 раза в сутки в сочетании с урсодезом в дозе 250 мг в сутки;

во вторую — 24 пациента с эрозивной формой ГЭРБ (ЭФГЭРБ), получающих лечение омепразолом в дозе 20 мг 2 раза в сутки и урсодезом по 250 мг в сутки. Для диагностики РФГЭРБ всем пациентам выполнялась эзофагогастро-дуоденоскопия. По показаниям проводилось морфологическое исследование слизистой дистальной части пищевода и рекомендовалось выполнение суточной pH-метрии. Ежедневно проводилась оценка клинического состояния по шкале Likert. Эндоскопическое исследование пищевода обследованной группы пациентов осуществлялась с интервалом 2 нед. Общая длительность исследования составила 6 мес. Рефрактерность определялась спустя 12 нед. при лечении двойной дозой ИПП при сохранении клинических и /или эндоскопических проявлений заболевания. Конечные результаты лечения РФГЭРБ оценивались спустя 12 нед. после назначения схемы лечения с Урсодезом. Группы обследованных пациентов с РФГЭРБ составили пациенты с эндоскопическими проявлениями эзофагита.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты проведенного исследования показали, что применение урсодеза в течение 12 нед. в схеме лечения НФГЭРБ с рефрактерностью к лечению ИПП позволили добиться полной клинико-эндоскопической ремиссии заболевания у 21 (56,8%) пациентов. При этом полная клинико-эндоскопическая ремиссия достигалась у 19 (79,2%) пациентов с ЭФГЭРБ спустя 12 нед. после начала лечения Урсодезом. Сравнительный анализ показал, что назначение урсодеза в группе пациентов с ЭФГЭРБ с проявлением рефрактерности к лечению ИПП сопровождается достижением полной клинико-эндоскопической ремиссии достоверно чаще, по сравнению с группой пациентов с НФГЭРБ с проявлениями рефрактерности ( $p < 0,05$ ).

## ВЫВОДЫ

Назначение Урсодеза (урсодезоксихолевой кислоты) в схеме лечения РФГЭРБ позволяет добиться стойкой клинико-эндоскопической ремиссии у подавляющего большинства пациентов с проявлениями рефрактерности к лечению ИПП.

Тем не менее назначение урсодеза в группе пациентов с ЭФГЭРБ является более эффективным, по сравнению с НФГЭРБ, что подкрепляется данными статистического анализа ( $p < 0,05$ ).

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Карамеев А.Е. и соавт.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: новое решение старой проблемы // *Consilium medicum*. — 2009. — № 8. — С. 5–13.
2. *Lim S.L., Goh W.T., Lee J.M. et al.* Contributing Members of the Community Medicine GI Study Group. Changing prevalence of gastroesophageal reflux with changing time: Longitudinal study in an Asian population // *J. Gastroenterol. Hepatol.*—2005.—Vol. 20. — P. 995–1001.
3. *Park W., Vaezi M.F.* Esophageal impedance recording: clinical utility and limitations // *Curr Gastroenterol Rep.* — 2005. — Jun; Vol. 7 (3). — P. 182–189.
4. *Pritchett J. M, Aslam M, Slaughter J.C. et al.* Efficacy of esophageal impedance/pH monitoring in patients with refractory gastroesophageal reflux disease, on and off therapy // *Clin Gastroenterol Hepatol.* — 2009. — Jul; Vol. 7 (7). — P. 743–8. Epub 2009 Mar 9.
5. *Fass R., Dickman R.* Nonerosive reflux disease // *GI Motility online* (2006) doi: 10.1038/gimo42.
6. *Richter J.* The refractory GERD patient // *World Gastroenterol. News.* — 2007. — Vol. 12. — P. 11–13.
7. *Vaezi M.F.* Refractory GERD: acid, nonacid, or not GERD? // *Am J Gastroenterol.*—2004. — Jun; Vol. 99 (6). — P. 981–988.