

Л.Т. ПИМЕНОВ, Т.В. САВЕЛЬЕВА

Ижевская государственная медицинская академия

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике врача первичного звена

Пименов Леонид Тимофеевич

доктор медицинских наук, профессор,

заведующий кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281, тел.: (3412) 66-11-33

В лекции представлены современные данные по эпидемиологии, этиологии, патогенезу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рассматриваются клинические проявления болезни и дифференциальный диагноз основных симптомов. Изложены вопросы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в соответствии с клиническими рекомендациями.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, лечение, ингибиторы протонной помпы.

L.T. PIMENOV, T.V. SAVELYEVA

Gastroesophageal reflux disease in the practice of primary health care doctor

The modern data about epidemiology, aetiology and pathogenesis of gastroesophageal reflux disease are presented in lecture. The clinical manifestations and differential diagnosis of main symptoms are described. The questions of diagnostics and treatment gastroesophageal reflux disease are stated due to clinical recommendations.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, diagnostics, treatment, proton pump inhibitors.

Несмотря на достижения современной гастроэнтерологии, проблемы диагностики, лечения и профилактики кислотозависимых заболеваний, к которым относится гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), по-прежнему привлекают внимание практикующих врачей. Пациенты с кислотозависимыми заболеваниями составляют значительную часть больных на приеме у врача первичного звена, а диагноз и дифференциальный диагноз этих состояний — частая задача в практике и терапевта, и врача общей практики.

Значение ГЭРБ определяется не только ее растущей распространенностью, но и утяжелением течения: увеличением числа осложненных форм (язвы, стриктуры пищевода), развитием пищевода Баррета как предракового состояния, внепищевод-

ных проявлений заболевания [1]. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что распространенность ГЭРБ высока, достигая в странах Западной Европы 40-50% [2]. Изжога, ведущий симптом ГЭРБ, выявляется у 20-40% населения развитых стран и в США отмечается у 25 млн человек [3]. При значительном росте числа больных, страдающих ГЭРБ, более чем у половины пациентов диагностируется ее эндоскопически негативная форма, отмечается значительное ухудшение качества жизни [4]. Выраженность изжоги не коррелирует с тяжестью эзофагита. Согласно данным А.В. Калинина, у пациентов, предъявлявших жалобы на изжогу, при проведении эндоскопии только в 7-10% случаев выявляется эрозивный эзофагит [5]. По данным Российских исследований, частота

ГЭРБ (наличие изжоги и/или кислой отрыжки 1 раз в неделю и чаще в течение последних 12 месяцев) составила 23,6% [6]. Следует отметить, что частая изжога (1 раз в неделю и более) является независимым фактором риска развития аденокарциномы пищевода, а при длительности заболевания 20 и более лет риск развития рака пищевода повышается в 44 раза [7].

Определение ГЭРБ свидетельствует о том, что это заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного/или дуоденального содержимого [8]. Современная концепция ГЭРБ принята в 2006 году, когда был опубликован доклад «Монреальское определение и классификация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» [9].

Этиология и патогенез. Ведущим в патогенезе ГЭРБ является, как и при другой кислотозависимой патологии, нарушение баланса между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки пищевода в сторону первых [10]. При ведении больных следует учитывать, что в подавляющем числе случаев основным (93%) является фактор избыточного закисления пищевода, а на долю желчных рефлюксов приходится только 7%. В целом механизмами развития ГЭРБ являются гипотония нижнего пищеводного сфинктера (НПС), наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, которая приводит к анатомической несостоятельности НПС, повреждающее воздействие рефлюктата, замедление клиренса пищевода объемного (нарушение вторичной перистальтики пищевода, обеспечивающей освобождение пищевода от рефлюктата) и химического (снижение выработки слюны и содержания бикарбонатов). Имеют значение снижение резистентности слизистой оболочки (СО) пищевода, нарушение моторной функции желудка, дуоденостаз и повышение внутрибрюшного давления до уровня, превышающего тонус НПС. К предрасполагающим факторам относятся избыточная масса тела, беременность, факторы питания (повышенное употребление жирной, жареной пищи, шоколада, кофе, алкоголя, специй, фруктовых соков и т. д.), прием лекарственных препаратов (седативные средства, антидепрессанты, антагонисты кальция, холинолитики, β -блокаторы, теофиллин, нитраты, глюкокортикостероиды) [11].

Клиническая классификация ГЭРБ. Согласно международной классификации болезней X пересмотра, ГЭРБ относится к рубрике K21 и подразделяется на ГЭРБ с эзофагитом (K 21.0) и ГЭРБ без эзофагита (K 21.1). Для практической работы выделяют неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ), которая в общей структуре ГЭРБ составляет 60-65%, и эрозивный эзофагит (эрозивная рефлюксная болезнь) — 30-35% [12]. О НЭРБ говорят в том случае, когда имеет место эндоскопически негативный вариант при наличии клинических данных и данных рН-метрии пищевода, подтверждающих патологические гастроэзофагеальные рефлюксы (ГЭР) или по данным ЭФГДС катарального эзофагита. Патологическими ГЭР считаются рефлюксы с рН в пищеводе менее 4 или более 7 продолжительностью более 5 минут, более 50 эпизодов в течение суток, общей продолжительностью более 1 часа и существующие не менее 3 месяцев.

Для характеристики рефлюкс-эзофагита используют Лос-Анджелесскую классификацию (1994): степень А — один или несколько дефектов слизистой оболочки (СО) пищевода длиной не менее 5 мм, ни один из которых не распространяется более чем на 2 складки СО; степень В — один или несколько дефектов СО пищевода длиной более 5 мм, ни один из которых не распространяется более чем на 2 складки СО; степень С — дефекты СО пищевода, распространяющиеся на 2 складки

СО или более, которые в совокупности занимают менее 75% окружности пищевода; степень Д — дефекты СО пищевода занимают как минимум 75% окружности пищевода.

Пример формулировки диагноза: ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит 2 степени тяжести.

Клиническая картина представлена пищеводными (изжога, одинофагия, ощущение кислоты во рту, отрыжка кислым или воздухом, дисфагия, боль за грудиной, у края мечевидного отростка, боль в эпигастрии, икота, рвота, чувство раннего насыщения) и внепищеводными проявлениями. Среди **пищеводных** проявлений основное значение имеет изжога, возникающая после еды, приема газированных напитков, алкоголя, при физическом напряжении, наклоне туловища или в горизонтальном положении, чаще в ночное время, купирующаяся приемом минеральной воды и антацидных препаратов. **Внепищеводные** (атипичные) симптомы в основном представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, стоматологической патологии и ЛОР-органов — так называемые «маски» ГЭРБ. Значительное число пациентов с жалобами, характерными для кардиальной, бронхопульмональной, хронической оториноларингологической и стоматологической патологии обращаются к «узким» специалистам; при этом у них могут отсутствовать типичные симптомы эзофагита, позволяющие заподозрить ГЭРБ.

К бронхолегочным проявлениям относят хронический кашель, особенно в ночное время, обструктивную болезнь легких, пневмонии, пароксизмальное ночное апноэ. Литературные данные свидетельствуют об увеличении риска заболеваемости бронхиальной астмой, а присоединение ГЭР может ухудшать течение бронхиальной астмы в четверти случаев [10, 13]. Патологический ГЭР рассматривается в качестве триггера приступов астмы, преимущественно в ночной период, так как уменьшается частота глотательных движений и увеличивается воздействие кислоты на слизистую оболочку пищевода, что вызывает развитие бронхоспазма за счет микроаспирации и нейрорефлекторного механизма.

Диагностическая стратегия врача первичного звена при хроническом кашле: необходимо исключение приема пациентом ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и курения, рентгенография органов дыхания; следует провести осмотр ЛОР-органов, рентгенографию околоносовых пазух, спирографию с бронходилататором, ЭФГДС и 24-часовую рН-метрию.

К кардиоваскулярным проявлениям ГЭРБ относят боли в грудной клетке, подобные стенокардическим, возникающие вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичного эзофагоспазма) [10].

Клинические особенности болей в грудной клетке, связанных с рефлюксом: носят жгучий характер, локализуются за грудной, не иррадируют, связаны с приемом пищи, перееданием, погрешностями в диете, возникают при перемене положения тела (наклоны, горизонтальное положение), уменьшаются после приема щелочных минеральных вод, антацидов или антисекреторных препаратов, сочетаются с изжогой и/или дисфагией. Поскольку кардиальная «маска» ГЭРБ опосредована через п. vagus, кардиалгии часто сочетаются с проявлениями вегетативной дисфункции — тахикардией, чувством жара и озноба, головокружением, эмоциональной лабильностью. Дифференциальный диагноз проводится с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ее проявлением — стенокардией, продолжительность болей при которой — 1-2 минуты, боли имеют характерную иррадиацию, провоцируются физической нагрузкой, купируются нитроглицерином. Верификация ИБС включает в себя прове-

дение коронарографии, холтеровского мониторинга ЭКГ, велоэргометрии, стресс-ЭХО-кардиографии.

Отоларингологические симптомы ГЭРБ наиболее многочисленны и разнообразны. К ним относят ощущение боли, кома, инородного тела в глотке, першение в горле, желание «прочистить горло», охриплость, приступообразный кашель. Кроме того, ГЭРБ может являться причиной рецидивирующих синуситов, средних отитов, фарингитов, ларингитов, не поддающихся стандартной терапии. Механизм возникновения данных симптомов связан с фаринголарингеальным рефлюксом, причиной которого является ГЭР, проникающий проксимально через верхний пищеводный сфинктер.

Стоматологическая «маска» представлена жжением языка, щек, нарушением вкусовых ощущений, патологическим разрушением зубной эмали, рецидивирующим кариесом.

У 10-20% пациентов с ГЭРБ развивается пищевод Баррета — приобретенное состояние, являющееся осложнением ГЭРБ, развивающееся в результате замещения разрушенно-многослойного плоского эпителия нижней части пищевода цилиндрическим эпителием (эпителий Баррета), из-за чего возникает предрасположенность к развитию аденокарциномы пищевода. Факторы риска развития пищевода Баррета: изжога чаще 2 раз в неделю, мужской пол, длительность симптомов более 5 лет.

Диагностика ГЭРБ строится в первую очередь на основании жалоб пациента, а инструментальные методы (ЭФГДС, 24-часовая рН-метрия) являются дополнительными или подтверждающими диагнозом. Согласно клиническим рекомендациям [12], обязательные лабораторные исследования включают в себя общий анализ крови, мочи, определение группы крови, резус-фактора. Инструментальные методы исследования: однократно ЭФГДС, биопсия слизистой оболочки пищевода при осложненном течении ГЭРБ (язвах, стриктурах, пищеводе Баррета), рентгенологическое исследование пищевода и желудка при подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуру, аденокарциному пищевода. В динамике проводятся ЭФГДС (повторно можно не проводить при НЭРБ), биопсия слизистой оболочки пищевода при осложненном течении ГЭРБ. К дополнительным методам относятся 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия, внутрипищеводная манометрия, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, велоэргометрия, тест с ингибиторами протонной помпы (ИПП-тест). Возможность и целесообразность проведения ИПП-теста обусловлена высокой распространенностью НЭРБ и может играть роль скрининга: отсутствие эффекта или быстрое рецидивирование симптомов после прекращения приема ИПП заставляет думать о необходимости проведения дополнительных методов исследования (эндоскопия, рН-метрия и др.).

Дифференциальный диагноз проводится с пептической язвой и стриктурой пищевода, гастроэзофагеальной карциномой, дивертикулом пищевода, ахалазией кардии, ахалазией и спазмом перстнеглоточной мышцы, фарингоэзофагеальной дискинезией, идиопатическим диффузным эзофагоспазмом, первичной дискинезией пищевода, а также с ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда), бронхолегочной патологией, заболеваниями ЛОР-органов.

Учитывая специфику работы врача первичного звена, особенно врача общей практики, необходимо остановиться на дифференциальном диагнозе одного из основных симптомов заболеваний пищевода — **дисфагии** (затруднение глотания, ощущение препятствия прохождения пищи через полость рта в глотку или пищевод). Выделяют ротоглоточную и пищеводную дисфагию.

Ротоглоточная дисфагия характеризуется нарушением поступления пищи в пищевод и сопровождается забросом пищи

в полость рта или носа. К патогенетическим механизмам такой дисфагии относятся слабость поперечно-полосатой мускулатуры, участвующей в начальном этапе глотания, невозможность закрытия носоглотки и гортани, неполное расслабление верхнего пищеводного сфинктера. Больной давится, кашляет, брызгает слюной, ему приходится прилагать усилия для успешного глотания, возможна аспирация. Такая дисфагия может возникать вследствие неврологических и нейромышечных заболеваний, нарушающих акт глотания: при инсультах, рассеянном и боковом амиотрофическом склерозе, ботулизме, паркинсонизме, бульбарном параличе, полиомиелите, сирингомиелии, миастении, миопатии, сахарном диабете и алкоголизме как проявление нейропатии. Некоторые коллагенозы (дерматомиозит) вследствие поражения поперечнополосатой мускулатуры также могут вызвать дисфагию. Причинами ротоглоточной дисфагии могут быть и воспалительные заболевания: острый фарингит, вызывающий боль и отек в горле, которые временно затрудняют глотание. Более редкими причинами ротоглоточной дисфагии являются рак гортани, паратонзиллярный абсцесс, паротит, острый тиреоидит, лучевое поражение ротоглотки. При пороках развития глотки и пищевода дисфагия может быть связана с нижнеглоточным дивертикулумом Ценкера, встречающимся у пожилых лиц, жалующихся на затрудненное и болезненное глотание, упорный кашель, иногда выбухание на боковой поверхности шеи, уменьшающиеся при срыгивании пищи и слизи. Идиопатическая дисфункция перстнеглоточной мышцы подозревается при нарушении заглатывания пищи, когда не обнаружены неврологические, дегенеративные или воспалительные процессы в глотке и пищеводе.

Пищеводная дисфагия наблюдается при нормальном акте глотания, но при нарушенном прохождении твердой или жидкой пищи по пищеводу в желудок и характеризуется появлением через 2-5 секунд после проглатывания пищи ощущения распирания, «кома» и боли за грудиной. Многие больные могут точно указать уровень задержки пищевого комка. Выделяют две группы патологических состояний, вызывающих пищеводную дисфагию. Это нарушения моторики пищевода (двигательная дисфагия) и механические сужения его просвета (механическая дисфагия) [13]. Двигательная дисфагия появляется при приеме и твердой, и жидкой пищи и характеризуется изжогой, болями за грудиной, напоминающими боль при стенокардии, аспирацией, снижением массы тела, нередко регургитацией. Причинами этого вида дисфагии являются ахалазия, диффузный спазм пищевода, склеродермия пищевода. Механическая дисфагия вызывается факторами, ведущими к изменению просвета пищевода: внутреннему сужению или наружному сдавливанию. Наиболее часто механическую дисфагию вызывают плоскоклеточный рак пищевода и метастатическое его поражение (чаще — рак молочной железы, рак легких, лимфомы и лейкозы), пептические и другие доброкачественные стриктуры пищевода, вызывающие прогрессирующую дисфагию, которая развивается преимущественно при попытке проглатывания твердой пищи и уменьшается при запивании пищи водой. Причиной дисфагии может быть и инфекционный, особенно кандидозный и герпетический эзофагит, который нередко протекает и без поражения ротовой полости. Чаще кандидозный эзофагит развивается при выраженном ослаблении иммунитета: у лиц, принимающие антибиотики, глюкокортикоиды, и у больных сахарным диабетом. Периодическое затруднение глотания твердой пищи иногда является ранним признаком сужения просвета в области пищеводно-желудочного соустья за счет образования кольца слизистой (кольцо Щацкого). Дисфагия непостоянна, в типичных случаях появляется при глотании мяса — так называемый «синдром бифштекса». Соединительнотканые сращения в шейном отделе пищевода, сочетающиеся с дефицитом же-



леза и других веществ в пище (синдром Пламмера-Винсона или Патерсона-Келли), связанные с повышенным развитием плоскоклеточного рака пищевода и глотки, также могут явиться причиной дисфагии. Патогенез последней при этом синдроме неясен, но она нередко проходит при приеме железа и коррекции других нарушений питания даже без разрушения перепонки [13]. Нарушение глотания вследствие нарушения функции пищевода наблюдается при многих системных заболеваниях — болезни Крона, саркоидозе, болезни Бехчета, пемфигоиде и пузырчатом эпидермолизе. Изредка дисфагия появляется после стволовой ваготомии или после фундопликации по поводу рефлюкс-эзофагита.

Причиной дисфагии может быть сдавление пищевода известными кровеносными сосудами — при атипичном отхождении правой подключичной артерии.

Globus hystericus считается проявлением дисфагии истерического происхождения и проявляется как ощущение застрявшего в горле комка. Однако при реальном осуществлении акта глотания не наблюдается никаких затруднений. В ряде случаев появление этого симптома связано либо с наличием зоны региональной парестезии, либо с развитием ларингофарингеального или эзофагеального спазма [13].

Показания к госпитализации. Пациенты госпитализируются для проведения антирефлюксного лечения при осложненном течении заболевания, а также при неэффективности адекватной медикаментозной терапии, для проведения оперативного вмешательства (фундопликации) при неэффективности медикаментозной терапии и эндоскопических или оперативных вмешательств при наличии осложненных эзофагита: стриктуры, пищевода Барретта, кровотечений [12].

Лечение. Задачами терапии ГЭРБ являются купирование клинических симптомов, заживление эрозий, улучшение качества жизни, предотвращение или устранение осложнений, профилактика рецидивов. Лечение включает прежде всего немедикаментозные методы.

Мероприятия по изменению образа жизни: прекращение курения, нормализация массы тела, соблюдение диеты с исключением острой, кислой, жирной пищи, пряностей, продуктов, вызывающих газообразование, газированных напитков, кофе, алкоголя, шоколада, лука, чеснока, томатов, цитрусовых. Необходимо рекомендовать больным принимать пищу не позднее чем за несколько часов до сна, не следует лежать после еды в течение 1,5-2 часов, носить тесную одежду и тугие поясы, следует исключить физические упражнения с наклонами вниз. Следует советовать пациентам по возможности не принимать препараты, оказывающие неблагоприятное влияние на слизистую пищевода и снижающих тонус НПС: нитраты, антагонисты кальция, спазмолитики, прогестерон, антидепрессанты, теофиллин, нестероидные противовоспалительные препараты, а также приподнимать головной конец кровати на 15-20 см.

Лекарственная терапия ГЭРБ предусматривает назначение трех групп препаратов: антисекреторных средств, антацидов и прокинетиков. Согласно правилу Белла, заживление эрозий пищевода происходит в 80-90% случаев, если удастся поддерживать pH в пищеводе > 4 в течение суток не менее 16-22 часов. Поэтому ингибиторы протонной помпы (ИПП) являются средством первого выбора. В соответствии с клиническими рекомендациями по гастроэнтерологии [8] продолжительность лечения при эрозивной рефлюксной болезни зависит от стадии заболевания. При единичных эрозиях (стадии А и В) лечение проводят в течение 4 недель, при множественных эрозиях — (стадии С и Д) — 8 недель. Применяют омепразол 20-40 мг/сут., лансопразол 30-60 мг/сут., рабепразол 20 мг/сут., пантопразол 40-80 мг/сут., эзомепразол 40 мг/сут. Удвоенная доза ИПП или увеличение продолжительности лечения (до 12 недель и более)

необходимы при недостаточно быстрой динамике заживления эрозий или при наличии внепищеводных проявлений. Поддерживающую терапию при эрозивных формах ГЭРБ проводят в стандартной или половинной дозе в течение 26 недель, а при осложненном течении заболевания — в течение 52 недель [12]. При НЭРБ ИПП назначают однократно в сутки (20 мг омепразола, 30 мг лансопразола, 20-40 мг пантопразола, 20 мг рабепразола, 20 мг эзомепразола) в течение 4-6 недель. Далее лечение проводят в стандартной или половинной дозе в режиме «по требованию». Использование H-2 блокаторов менее эффективно.

Антациды используются в качестве симптоматического средства для купирования нечастой изжоги по 15 мл суспензии 3 раза в день через 1,5 часа после еды и на ночь до купирования симптомов (в среднем 2 недели). При рефлюкс-эзофагите с забросом пищевод дуоденального содержимого согласно клиническим рекомендациям применяется урсодезоксихолевая кислота 250-350 мг/сут. в сочетании с прокинетики. Терапия «по требованию» — прием ИПП при появлении симптомов ГЭРБ — используется при эндоскопически негативной рефлюксной болезни.

В связи с длительностью антисекреторной терапии следует остановиться и на возможных побочных эффектах ИПП. Вследствие значительного снижения барьерных свойств желудочного сока создаются условия для развития условно-патогенной флоры как в проксимальных, так и в дистальных отделах желудочно-кишечного тракта. Повышается риск кишечных инфекций, в том числе Clostridium difficile-ассоциированной диареи. В условиях выраженной гипохлоргидрии развивается миграция *H. pylori* из антрального отдела в область тела желудка с формированием атрофического гастрита, который является первой ступенью каскада Корреа. В связи с этим все пациенты с ГЭРБ при длительном приеме ИПП должны обследоваться на *H. pylori* и при положительном результате пройти курс эрадикационной терапии. Ряд исследований свидетельствует о более частом возникновении инфекций дыхательной системы при выраженной кислотосупрессии. Показано также, что при длительном приеме ИПП возрастает риск развития переломов, обусловленных остеопорозом, который, вероятно, связан с нарушением всасывания кальция. Прием высоких доз ИПП больше года увеличивает риск переломов шейки бедра в 1,9 раза [14]. В отдельных источниках сообщается о развитии гепатопатии при длительном приеме ИПП. К нежелательным эффектам ИПП относят снижение интрагастральной концентрации витамина С, особенно в биологически активной антиоксидантной форме, а также влияние ИПП на вакуолярную H⁺-АТФазу, которая определяет многие биохимические процессы в организме человека. Таким образом, несмотря на несомненную эффективность ИПП в лечении ГЭРБ, следует учитывать возможное негативное ее воздействие на здоровье человека в целом. Прокинетики («Церукал», «Домперидон», «Цизаприд», «Итоприд») усиливают тонус нижнего пищеводного сфинктера, ускоряют эвакуацию из желудка, увеличивают клиренс пищевода, применяются в комбинации с препаратами других групп; некоторые из прокинетиков («Цизаприд») имеют ограниченное применение из-за кардиотоксичности.

Обучение пациента. Именно врачу первого контакта — врачу общей практики, участковому терапевту, принадлежит большая роль в обучении пациента, проведении санитарно-просветительной работы. Рациональна организация «Школ больных ГЭРБ». Пациентам объясняют, что ГЭРБ — хроническое заболевание, требующее длительной поддерживающей терапии ИПП для профилактики осложнений. Активно объясняют важность немедикаментозных методов лечения ГЭРБ и мероприятий по изменению образа жизни. Необхо-

димо проинформировать больных о возможных осложнениях ГЭРБ и «симптомах тревоги»: о прогрессирующей дисфагии или одинофагии, кровотечениях, снижении массы тела, кашле или приступах удушья, болях в грудной клетке, частой рвоте. Пациентам с длительными неконтролируемыми симптомами рефлюкса следует объяснить необходимость эндоскопии для выявления осложнений (пищевод Баррета), а при их наличии – необходимость периодического проведения ЭФГДС с биопсией и гистологическим исследованием [8].

Главные проблемы лечения ГЭРБ — необходимость назначения больших доз антисекреторных препаратов и проведения длительной основной (не менее 4-8 недель) и поддерживающей (6-12 месяцев) терапии. При несоблюдении этих условий вероятность рецидива заболевания очень высока. Многочисленные исследования показали, что у 80% пациентов, не получавших адекватного поддерживающего лечения, рецидив развивается в течение ближайших 26 недель, а в течение года вероятность рецидива составляет 90-98%. Таким образом, от врача первичного звена требуется комплексный подход к ведению пациентов с ГЭРБ, обеспечивающий эффективность терапии, терпение и настойчивость. Чрезвычайно важно обучение больных, в том числе немедикаментозным методам лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин А.В. Кислотозависимые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Медикаментозная коррекция секреторных расстройств. Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии 2002; 2: 16-22.
2. Исаков В.А. Эпидемиология ГЭРБ: восток и запад. Экспер. и клин. гастроэнтерология. 2004; 5: 2-6.
3. Lundell L. Advances in treatment strategies for gastroesophageal reflux disease. EAGE Postgraduate Course . Geneva, 2002. P. 13-22.
4. Маев И.В., Трухманов А.С. Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиций современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов. Русский мед журнал 2004; 12 (23): 1344-1348.
5. Калинин А.В. Кислотозависимые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Медикаментозная коррекция секреторных расстройств. Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии 2002; 2: 16-22.
6. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А., Общество против изжоги. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2007; 4: 5-10.
7. Рощина Т.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных бронхиальной астмой: автореф. дис... канд.мед.наук. М., 2002. 21 с.
8. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология: Клинические рекомендации. Под ред. В.Т. Ивашкина. 2-изд, испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 208 с.
9. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P., Dent J., Jones R. and the Global Consensus Group. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am. J.Gastroenterol. 2006; 101: 1900-1920.
10. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: пособие для врачей. М., 2005. 30 с.
11. Маев И.В., Самсонов А.А., Трухманов А.С., и др. Положительный опыт применения антацида Маалокс у больных с впервые выявленной неэрозивной рефлюксной болезнью. Русский мед журнал 2008; 2: 50-55.
12. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Выпуск 2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 1376 с.
13. Стремоухов А.А. Ведущие симптомы болезней пищевода. Вестник семейно медицины 2005; 2 (04): 12-17.
14. Targownik L.E., Lix L.M., Prior H.J. Use of proton pump inhibitors and risk of osteoporosis-related fractures. Can Med Assoc J 2008; 179: 319-326.

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ

ВЕСТНИК Поволжья

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗДАНИЕ

www.mfvt.ru | mfvt@mfvt.ru

- официальная и нормативная информация от Министерства здравоохранения Республики Татарстан.
- новости медико-фармацевтического рынка (брифинги, симпозиумы, конференции, выставки).
- научно-практические материалы от ведущих специалистов республики, обзоры конференций, круглых столов, съездов.
- информационные данные от производителей и дистрибьютеров. Оптовые и розничные цены на медоборудование, изделия медицинского назначения и медикаменты.

420012, Казань, ул. Шапова, 26,
корп. Д, офис 200, а/я 142
многоканальный телефон (843) 267-60-96

