

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Р. Г. САЙФУТДИНОВ, Э. В. ТРИФОНОВА.

Кафедра терапии Казанской государственной медицинской академии.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это спонтанное, регулярно повторяющееся забрасывание в пищевод желудочного либо дуоденального содержимого, приводящее к повреждению дистального отдела пищевода. ГЭРБ — самостоятельное заболевание, представленное в МКБ-10 шифром K.21.0 [1].

Распространенность данного заболевания мало изучена. В основном она исследовалась по общаваемости. В США изжога — основной симптом ГЭРБ — испытывают от 10 до 20% взрослых еженедельно [6]. В Германии и Швеции (опрос шел по телефону) 50% лиц в течение последних 5 лет страдали изжогой той или иной степени [7].

В Судане эндоскопически ГЭРБ выявляется у 45% пациентов [5]. Распространенность ее в Турции аналогична высокоразвитым странам [4]. В Иране она составляет от 17,4% до 22,7% [8]. Считается, что такой высокий уровень ГЭРБ обусловлен проникновением западного образа жизни на Восток. В Сербии (Сараево) встречаемость ГЭРБ выросла после войны 1991–1995 гг. и достигла 35–40% [9].

Данные по эпидемиологии ГЭРБ в различных регионах России очень скудные. Так, в Санкт-Петербурге изжога встречается ежедневно у 4,8; еженедельно у 17,8 и ежемесячно у 23,6% опрошенных лиц [10]. По нашим данным, распространенность ГЭРБ среди рабочих и служащих одного из подразделений «Татнефти» составляет 37,7% [3].

Причинами ГЭРБ являются: недостаточность запирающего механизма кардии; рефлюкс желудочного и дуоденального содержимого в пищевод; снижение пищевода клиренса; уменьшение выработки слюны и подкисление ее pH; снижение резистентности слизистой оболочки пищевода; нарушение опорожнения желудка; повышение внутрибрюшного давления [2].

К недостаточности запирающего механизма кардии приводят наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере (НПС).

Нужно отметить, что частота выявления ГПОД колеблется от 3 до 33%, а в пожилом возрасте до 50%, причем у 63–84% пациентов эндоскопически определяются признаки рефлюкс-эзофагита.

Развитию гипотонии НПС способствуют следующие факторы: потребление продуктов, содержащих кофеин (кофе, чай, кока-кола, шоколад), жиры, цитрусовые, томаты, газированные напитки; прием мятых перечной; медикаменты (антагонисты кальция, папаверин, Но-шпа, нитраты, Баралгин, анальгетики, теofilлин, доксициклин, холинэргические вещества, седативные и снотворные средства, а также лекарственные препараты, в состав которых входит кофеин (Цитрамон, Кофетамин и др); поражение блуждающего нерва (вагусная нейропатия при сахарном диабете, ваготомия); курение; употребление алкоголя; беременность (из-за высокой эстрогенемии и прогестеронемии, а также за счет увеличения внутрибрюшного давления).

Выделяют эндоскопически негативную и эндоскопически позитивную ГЭРБ. Последняя классифицируется по Savary M., Miller G. (1977) следующим образом:

I степень — отдельные, не сливающиеся эрозии, занимающие менее 10% поверхности слизистой, и/или эритема дистального отдела пищевода;

II — сливающиеся, но не распространяющиеся на всю поверхность слизистой эрозивные поражения (захватывают до 50% поверхности слизистой дистального участка пищевода);

III — язвенные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки (циркулярно расположенные сливные эрозии, занимающие практически всю поверхность слизистой оболочки дистального отдела пищевода);

IV — осложненные формы (пептическая язва пищевода, стеноз, пищевод Баррета).

Клинически выделяют пищеводные и внепищеводные проявления ГЭРБ. К пищеводным относятся: изжога; отрыжка (кислым, горьким или пищей); ощущение кома за грудиной; боль за грудиной (noncardiac или angina-like chest pain); повышение количества жидкости во рту; дисфагия и одиофагия.

Внепищеводные проявления ГЭРБ: сердечные (кардиалгии); легочные (кашель, одышка, чаще возникающие в положении лежа); отоларингологические (охриплость голоса, слюнотечение); стоматологические (кариес с последующим развитием халитоза, дентальные эрозии); желудочные (быстрое насыщение, вздутие, тошнота, рвота); анемические.

Осложнения ГЭРБ: пищевод Баррета (замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим желудочным или кишечным эпителием) — 8–20%; стриктуры пищевода — 7–23%; язвы пищевода — 5%; кровотечения из эрозий и язв пищевода — 2%.

Для диагностики ГЭРБ используют множество методов: эзофагогастродуоденоскопия с гистологическим исследованием биоптатов и хромокопией; внутрипищеводное суточное pH-мониторирование; рентгенологическое исследование пищевода и желудка; пищеводная манометрия; сцинтиграфия пищевода; оценка воспаления; билиметрия; флуоресцентная эндоскопия; эндоскопическая биопсия; тест с метиленовым синим; кислотные тесты (стандартный; тест Бернштейна-Бейкера и тест Степенко). Из перечисленных, наиболее широко применяются эзофагогастродуоденоскопия, рентген пищевода, внутрипищеводная pH-метрия и один из кислотных тестов.

Лечение ГЭРБ включает общие рекомендации по режиму и диете, прием прокинетиков, антацидов, блокаторов кислотной секреции желудочного сока. Цель лечения — устранение жалоб, улучшение качества жизни, лечение эзофагита и предотвращение или устранение осложнений заболевания.

Общие рекомендации: соблюдение диеты (ограничить потребление продуктов, снижающих давление НПС и оказывающих раздражающее действие); регулирование режима питания (избегать обильного приема пищи; после еды не наклоняться вперед и не ложиться, примерно 1,5–2 часа; не есть много на ночь, последний прием пищи — не менее чем за 3 ч до сна, после приема пищи 30-минутные прогулки); отказ от курения; предотвращение повышения внутрибрюшного давления (исключение нагрузок, повышающих внутрибрюшное давление, ношения корсетов, бандажей и тугих поясов, поднятия тяжестей более 8–10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса); спать с приподнятым головным концом кровати (рекомендуется поднять головной конец кровати на 15 см); контроль массы тела (имеется корреляция индекса массы тела и выраженности рефлюкс-эзофагита); ограничение приема лекарств, вызывающих рефлюкс; ЛФК (для восстановления мышечного тонуса диафрагмы рекомендуются специальные упражнения, не связанные с наклоном туловища).

Антациды при лечении ГЭРБ назначаются через 40–60 мин после еды с целью снижения кислотно-протеолитической агрессии желудочного сока и кишечного содержимого. Предпочтение следует отдавать топалкану (Топалан), гавискону. В их состав входят коллоидная окись алюминия, гидроксид магния, гидратированный кремневый ангидрид и альгиновая кислота. При растворении топалкан образует пенящуюся антацидную взвесь, которая не только адсорбирует HCL, но и, скапливаясь над слоем пищи и жидкости и попадая в случае гастроэзофагеального рефлюкса в пищевод, оказывает лечебный эффект, предохраняя слизистую оболочку пищевода от агрессивного желудочного содержи-

Продолжение на 4-й стр.

...→

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Продолжение. Начало на 3-й стр.

мого. Топалкан назначают по 2 таблетки 3 раза в день через 40-60 минут после еды, когда чаще всего возникают изжога и ретростернальные боли, и на ночь.

Прокинетики устраняют пищеводную дисмоторику. Их эффект заключается в повышении тонуса НПС и эвакуаторной функции желудка, перистальтики кишки и сократительной способности желчного пузыря. Также они нормализуют антроподоуоденальную координацию. Наиболее широко применяется домперидон (Мотилиум) антагонист периферических D_2 -дофаминовых рецепторов. Назначают его по 10 мг 3 раза в день за 30 мин. до еды и 1 раз на ночь. В качестве монотерапии он может использоваться у больных с I-II степенью ГЭРБ.

Цель антисекреторной терапии ГЭРБ — уменьшить повреждающее действие кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода при гастроэзофагеаль-

ном рефлюксе. Это достигается применением блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов (ранитидин 600 мг/сут., фамотидин 80 мг/сут.) или блокаторов протонной помпы: лансопризол 60 мг/сут., рабепразол 40 мг/сут., омепразол 40 мг/сут., пантопризол 80 мг/сут., эзомепразол 40 мг/сут. и др. Особенно ИПП показаны пациентам с ГЭРБ II-IV стадии.

Показания к оперативному лечению: безуспешность консервативного лечения в течение 6 месяцев независимо от наличия или отсутствия хиатальной грыжи; осложнения ГЭРБ (стриктуры, повторные кровотечения); частые аспирационные пневмонии; пищевод Баррета (из-за опасности малигнизации); сочетание ГЭРБ с бронхиальной астмой, рефрактерной к адекватной антирефлюксной терапии; необходимость долгосрочной антирефлюксной терапии у молодых пациентов с ГЭРБ.

Литература

1. «Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения (взрослое население) // Приказ МЗ РТ, № 506 от 24.05.2000, Казань.
2. Сайфутдинов Р. Г., Трифонова Э. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Казань, 2003. — 51 с.
3. Сайфутдинов Р. Г., Трифонова Э. В. Встречаемость пищеводных проявлений ГЭРБ // Гастроэнтерология, Санкт-Петербург, 2003, № 2-3, с. 147.
4. Bor S., Mandiracoglu A., Kitapcioglu G., Caymaz-Bor C., Akarca U., Zeytinoglu H., Gilbert R. J. A model for gastroesophageal reflux disease (GERD) in a developing nation (TURKEY) with high H. PYLORI prevalence. // Gut; Vol. 49 (Suppl III); November 2001; 3100.
5. Fedail S. S., Mohamed Ahmed H. H. Gastroesophageal reflux disease in Sudan (GERD) // Gut; Vol. 49 (Suppl III); November 2001; 1490.

6. Galmiche J.-P., Galmiche H. R. Clinical approach to management of gastroesophageal reflux disease in adults. // in: Approach to the patient with chronic gastrointestinal disorders (ed. by E. Corazzini), Milano, Italy. — 2000, 229-244.
7. Jones R., Horbach S., Sander P., Rydin-Bergsten T. Heartburn in GERD patients in Germany and Sweden — a study on the burden of disease. // Gut; Vol. 49 (Suppl III); November 2001, A2328.
8. Khabbazi N., Malekzadeh R., Nasseri-Moghaddam S., Vahedi H., Minapour M. What an Iranian gastroenterologist does each day? // Journal of Gastroenterology and Hepatology (2002) 17 (Suppl.), 266.
9. Maric V., Starovic B., Begenisic M., Skrbic R., Jovanovic D., Djukic N., Trbojevic S. After war GERD and triple therapy // Journal of Gastroenterology and Hepatology (2002) 17 (Suppl.), 9.
10. Starostin B. D. The prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux disease in Russia. // Gut; Vol. 49 (Suppl III); November 2001; 2089.

Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: современные представления

Ключевые положения Доклада второй конференции по принятию консенсуса МААСТРИХТ, 21-22 сентября 2000 года

Кого лечить

Показания, отвечающие уровню «настоятельно рекомендуется»

Показания (наличие <i>H. pylori</i>)	Научная доказательность
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки/желудка (в обострении или в ремиссии, включая осложненную)	1
MALT-омы	2
Атрофический гастрит	2
Состояние после резекции желудка по поводу рака	3
Эрадикация <i>H. pylori</i> показана лицам, являющимся ближайшими родственниками больных раком желудка	3
Желание пациента (после подробной консультации врачом)	4

Показания, отвечающие уровню «целесообразности» лечения

Показания (наличие <i>H. pylori</i>)	Научная доказательность
Функциональная диспепсия	
— Эрадикация <i>H. pylori</i> является приемлемым выбором в тактике лечения	2
— У некоторой части больных эрадикация <i>H. pylori</i> приводит к длительному улучшению самочувствия	2
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	
Эрадикация <i>H. pylori</i>	
— в большинстве случаев не связана с появлением ГЭРБ	3
— не вызывает усиления уже существующей ГЭРБ	3
— должна быть проведена больным, которым показано длительное лечение блокаторами кислотной продукции	3
НПВП-гастропатия	
Эрадикация <i>H. pylori</i>	
— снижает частоту язв, если проводится до начала курса НПВП	2
— сама по себе не является достаточной для предотвращения повторных язвенных кровотечений при приеме НПВП	2
— не ускоряет заживление гастро-дуоденальных язв у больных, получающих антисекреторную терапию на фоне приема НПВП	1
<i>H. pylori</i> и НПВП/аспирин являются независимыми факторами риска язвообразования	2

Примечание: 1 — адекватные контролируемые исследования; 2 — адекватные когортные исследования или исследования случай-контроль, исследования с незначительными недоработками, исследования с убедительными, но непрямыми доказательствами; 3 — единичные наблюдения, исследования с серьезными недостатками и непрямыми доказательствами; 4 — клинический опыт; 5 — недостаток доказательств для формирования определенного мнения.

Как лечить

Лечение должно рассматриваться как блок, предусматривающий не только эрадикационную терапию первой линии, но и второй линии одновременно.

Терапия первой линии

Ингибитор протонной помпы (или ранитидин-висмут-цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день как минимум на 7 дней.

● Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии — квадротерапии.

Терапия второй линии

Терапия второй линии рекомендуется в случае неэффективности препаратов первого ряда.

Ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субсалицилат/субцитрат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день как минимум на 7 дней.

● Если препараты висмута не могут быть использованы, нужно использовать тройные схемы лечения на основе ингибиторов протонной помпы.

● В случае отсутствия успеха лечения дальнейшая тактика определяется в каждом конкретном случае.



Центр Внедрения
ПРОТЕК
Казанский филиал

Компетентность, оперативность, надежность!

Наш адрес: г. Казань, ул. Восстания, д. 100.
Тел.: (8432) 41-55-72, 41-55-12, 41-55-42.

Представительство в г. Набережных Челнах:
тел.: (8552) 56-54-31, 34-06-89, 34-99-96.