

К ВОПРОСУ О ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ГЭРБ

© 2006 г. М.А. Кульченковский, Е.М. Кульченковская

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся ретроградным поступлением в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящим к повреждению дистального отдела пищевода и/или появлению характерных симптомов (изжога, ретростеральные боли, дисфагия) [1].

Публикации последних лет свидетельствуют об устойчивой тенденции ГЭРБ к широкому распространению [1, 2]. При этом истинный уровень заболеваемости еще более высок, если учитывать, что значительная часть пациентов длительно наблюдается другими специалистами по поводу экстра-эзофагеальных проявлений ГЭРБ. Распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 40–60 %, причем у 45–80 % лиц выявляют и эзофагит [3].

На междисциплинарном конгрессе гастроэнтерологов и эндоскопистов в г. Генвале (Бельгия) было предложено выделять эндоскопически позитивную и негативную ГЭРБ. Последнее определение распространяется на те случаи, когда у пациента с проявлениями заболевания, отвечающего клиническим критериям ГЭРБ, отсутствуют повреждения слизистой пищевода.

В 2002 г. на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе была предложена клиническая классификация ГЭРБ, согласно которой принято различать неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ), эрозивный эзофагит (или эрозивную ГЭРБ) и пищевод Баррета, являющийся осложнением ГЭРБ и характеризующийся замещением (метаплазией) многослойного плоского эпителия цилиндрическим эпителием желудочного или кишечного типов [2]. Согласно общемировой статистике, на долю НЭРБ приходится более 60 % всех случаев ГЭРБ.

В последние годы все большее внимание уделяется внепищеводным проявлениям ГЭРБ, в том числе кардиальным, представляющим наибольший интерес как с научной, так и практической точек зрения. Они могут быть в виде болей в груди, не связанных с ишемической болезнью сердца (ИБС) (так называемые некардиальные боли в груди, *noncardiac chest pain*) и нарушениями ритма и проводимости сердца. На основании клинических исследований предполагается, что ГЭРБ – вторая по частоте (после ИБС) причина болей в груди, хотя реальная частота их в

разных популяциях неизвестна. Такие боли в груди требуют дифференциальной диагностики с ИБС с использованием затратных и инвазивных технологий.

Среди внепищеводных проявлений ГЭРБ наиболее часто встречаются боли в грудной клетке, подобные таковым при стенокардии.

Дифференциальный диагноз при внепищеводных проявлениях ГЭРБ строится на комплексной клинико-инструментальной оценке. Необходимо тщательно анализировать время и причины появления клинических симптомов. В случае ГЭРБ они возникают при наклонах, в горизонтальном положении, сочетаются с изжогой, отрыжкой, прекращаются при приеме антацидов, после глотка воды. Доступным методом дифференциального диагноза можно считать омега-тест, суть которого заключается в исчезновении болей в грудной клетке в течение 7 дней после приема 40 мг омега-3.

Боль в грудной клетке, не связанная с заболеваниями сердца, – частое проявление неэрозивной ГЭРБ.

Ретростеральная боль – синдром, который служит причиной повышенного внимания как врача, так и больного. Боль за грудиной, на которую жалуются пациенты, традиционно рассматривают как коронарогенную, т.е. связанную с патологией коронарных артерий сердца, чаще всего – стенокардией. Особенно это касается старших возрастных групп. В то же время значительная часть случаев загрудинной боли имеет экстракардиальное происхождение (наблюдается при заболеваниях средостения, органов дыхания, ребер, грудины), значительный процент которых обусловлен патологией пищевода, в частности ГЭРБ. Так, у 76 % из 600 пациентов с жалобами на боль за грудиной после обследования патология сердца и коронарных артерий была исключена [3]. Исследования, проведенные в России, показали, что при этом наиболее часто отмечается ГЭРБ [4, 5].

При ГЭРБ механизм возникновения боли чаще всего обусловлен раздражением рецепторов слизистой оболочки пищевода агрессивным содержимым желудка и 12-перстной кишки при рефлюксе. В свою очередь рефлюксат, попадая в пищевод, может стать причиной рефлекторных спастических сокращений пищевода, что влечет за собой болевые ощущения за грудиной [1, 4].

Характер пищеводной боли при ГЭРБ имеет свои особенности [5]. Чаще всего это жгучая за-
грудинная боль неприступообразного характера,
которая усиливается в горизонтальном положе-
нии или при наклоне туловища вперед и устра-
няется или ослабевает с изменением положения
тела или принятием антацидов. Постоянная ту-
пая или жгучая боль за грудиной может вызы-
ваться эзофагитом, язвами пищевода и его дест-
рукцией при эрозивных формах ГЭРБ. Загрудин-
ная боль, возникающая только во время глотания
(одиофагия) и зависящая от характера еды
(наиболее интенсивная при принятии острой,
горячей, кислой пищи), также является призна-
ком воспаления слизистой оболочки пищевода
(эзофагита, язв) при эрозивной ГЭРБ.

Обусловленную ГЭРБ боль можно уточнить
при помощи фармакологической пробы с ИПП.
Благодаря ИПП снижается содержание агрессив-
ных веществ (соляной кислоты и пепсина) в же-
лудочном секрете. Уменьшается и их раздра-
жающее влияние на слизистую оболочку пище-
вода, что способствует стиханию или исчезнове-
нию боли. При коротких курсах (от 1 до 14 сут)
ИПП в большинстве случаев удается установить
причину боли. Так, если стандартная доза ИПП
по 2 раза в сутки в течение 7 сут устраняет боль,
то, вероятнее всего, она связана с ГЭРБ. Чувст-
вительность и специфичность данной пробы в
отношении выявления ГЭРБ сравнимы с анало-
гичными показателями динамического контроля
пищеводного pH (многочасовой pH-метрии).

Часть пациентов с ГЭРБ после фармакологи-
ческой пробы вообще не нуждается в последую-
щем долгосрочном лечении или в течение не-
скольких месяцев [5]. Для большинства же боль-
ных с загрудинной болью, обусловленной ГЭРБ,
необходима длительная терапия ИПП.

Материалы и методы. По направлению уча-
сткового терапевта обследовано 27 пациентов в
возрасте от 38 до 55 лет с неспецифическими
жалобами на боли за грудиной и в левой полови-
не грудной клетки. При объективном обследова-
нии пациентов патология сердца не установлена.
Всем больным предварительно была произведена
ЭКГ, не выявившая признаков стенокардии (рис.
1).

Обследование у гастроэнтеролога проводи-
лось с целью исключения ГЭРБ в генезе ретро-
стернальных болей. По литературным данным,
более чем в 70 % случаев боль за грудиной не-
кардиального происхождения была следствием
патологии пищевода [3, 4]. Всем больным произ-
водились ЭГДС и омепразоловый тест (20 мг
ультопа 2 раза в день за полчаса до еды).

Результаты. Среди обследованных на ЭГДС
у 3 больных выявлен эрозивный эзофагит, у 4 –

недостаточность кардии, у 4 – катаральный эзо-
фагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
– у 2 человек.

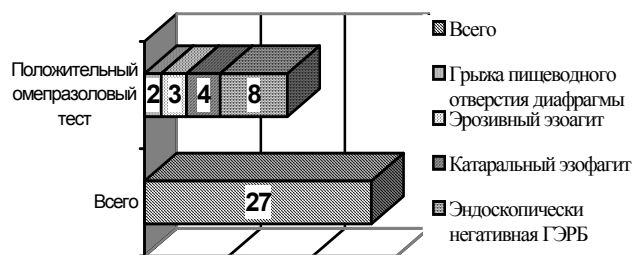


Рис. 1. Эндоскопические данные. Данные теста с ИПП

Положительный омепразоловый тест (т.е. ис-
чезновение либо стихание боли за грудиной че-
рез 7 дней приёма омепразола) наблюдали у 17
человек, включая прошедших эндоскопическое
обследование. У 10 пациентов патологии пище-
вода не выявлено (рис. 2).

Выводы. По нашим данным и по данным ли-
тературы, на долю ГЭРБ в генезе загрудинных
болей приходится около 60 %, при этом имеет
место как эндоскопически позитивная, так и эн-
доскопически негативная формы ГЭРБ, т.е.
НЭРБ. Учитывая широкую распространенность
ГЭРБ, при дифференциальной диагностике за-
грудинных болей целесообразно проводить
омепразоловый тест в амбулаторных условиях.



Рис. 2. Частота ГЭРБ у обследованных

Литература

1. Алексеева О.П. Эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей в левой половине груди: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2001. № 6. С. 81–83.

2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Современный подход к терапии гастроэзофагеальной болезни во врачебной практике // Рус. мед. журн. 2003. № 2. С. 43–48.

3. Голочевская В.С. Пищеводные боли: умеем ли мы их узнавать? // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2001. Т. 16. № 3. С. 43–46.

4. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Програмное лечение гастроэзофагеальной болезни в повседневной практике врача // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003. № 6. С. 18–26.

5. Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. К., 2000. С. 175.

Клиническая больница № 1,

Южный окружной медицинский центр Росздрава, г. Ростов-на-Дону

17 февраля 2006 г.