

УДК 616.329-008.84.33+616-082-061.3

ТКАЧ С.М.

Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, г. Київ

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СВЕТЕ ПОСЛЕДНЕГО АМЕРИКАНСКОГО КОНСЕНСУСА

Резюме. В статье дан обзор положения нового консенсуса по диагностике и ведению пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), разработанного Американским колледжем гастроэнтерологии, обсуждается вопрос, насколько подходы, рекомендованные в консенсусе, отличаются от применяющихся в Украине. Сделан акцент на необходимости эмпирических подходов к контролю лечения и рецидивов при неосложненной ГЭРБ, в то время как в Украине достаточно часто в таких случаях проводится эзофагогастродуоденоскопия. Даны рекомендации по применению ИПП-теста.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рекомендации, ингибиторы протонной помпы.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время по-прежнему остается наиболее распространенной патологией среди заболеваний органов пищеварения. Она имеет ярко выраженную тенденцию к увеличению заболеваемости (ежегодный прирост примерно на 5 %) не только в развитых странах Европы и Северной Америки (особенно в США), где за последние 10 лет отмечен не менее чем 3-кратный рост заболеваемости, но и в странах Юго-Восточной Азии, в частности в Японии, Сингапуре и Китае. К факторам, способствующим изменению эпидемиологии ГЭРБ, относят удлинение продолжительности жизни, пандемию ожирения, коморбидные состояния, способствующие развитию ГЭРБ (диабет, неврологические расстройства), широкое применение препаратов, расслабляющих нижний пищеводный сфинктер и замедляющих опорожнение желудка. Одним из важнейших факторов, способствующих развитию ГЭРБ, в настоящее время признано ожирение. Так, при избыточной массе тела (ИМТ = 25–30) относительный риск развития ГЭРБ повышается в 1,7 раза, а при ожирении (ИМТ > 30) — в 2 раза. Пациенты с ГЭРБ являются основными потребителями ингибиторов протонной помпы (ИПП), которые в настоящее время применяют приблизительно 5 % населения развитых стран и годовой объем продаж которых превышает 10 миллиардов долларов США. Таким образом, проблема своевременной диагностики и лечения ГЭРБ по-прежнему остается актуальной, в связи с чем в последние годы регулярно разрабатываются и обновляются различные международные соглашения по этому вопросу.

В 2008 году был опубликован консенсус по ГЭРБ, разработанный и принятый Американской гастроэн-

терологической ассоциацией [1]. Следует подчеркнуть, что он стал первым консенсусом по ведению больных ГЭРБ, основанным на данных доказательной медицины. И вот спустя 4 года после предыдущего консенсуса вышел в свет новый консенсус по диагностике и ведению больных ГЭРБ, разработанный Американским колледжем гастроэнтерологии с учетом данных доказательной медицины [2]. Материалы нового консенсуса уже опубликованы в одном из последних номеров The American Journal of Gastroenterology, поэтому у нас есть возможность их проанализировать и сравнить с предыдущими рекомендациями.

Как и в предыдущем американском консенсусе, при разработке положений нового консенсуса применялись только данные доказательных исследований. При этом для оценки уровня доказательств использовалась система GRADE, выделяющая высокий, средний и низкий уровень доказательств. Высокий уровень доказательств означает, что дальнейшие исследования для изменения мнения относительно эффективности вмешательства не требуются. Средний (умеренный) уровень доказательств предполагает необходимость дополнительных исследований относительно установления эффективности. И наконец, низкий уровень доказательств означает, что ожидаются новые исследования, которые могут изменить мнение относительно эффективности вмешательства. Кроме уровня доказательств, все положения нового консенсуса представлены с учетом силы рекомендаций. При этом выделяются сильные (строгие) реко-

© Ткач С.М., 2013

© «Гастроэнтерология», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

мендации, означающие, что желательные эффекты вмешательства явно перевешивают нежелательные эффекты, а также условные рекомендации, в отношении которых однозначного мнения экспертов нет.

В новом консенсусе освещены все основные разделы, касающиеся ГЭРБ, в частности диагностика и ведение пациентов с ГЭРБ, потенциальные риски, связанные с ИПП, хирургическое лечение ГЭРБ, атипичные и экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ, рефрактерная ГЭРБ и осложнения ГЭРБ.

Диагностика ГЭРБ

Как и в предыдущих консенсусах, констатируется, что предварительный диагноз ГЭРБ может быть поставлен на основании типичных симптомов — изжоги и регургитации. Во всех таких случаях рекомендуется проводить начальное эмпирическое лечение ИПП (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*), так называемый ИПП-тест. При наличии типичных симптомов ГЭРБ проведения эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) не требуется. Она рекомендуется только при наличии тревожных симптомов, у пожилых пациентов, для скрининга пациентов с высоким риском осложнений, при загрудинной боли, предположительно связанной с рефлюксом, и у пациентов, не отвечающих на прием ИПП. При отсутствии пищевода Барретта и новых симптомов повторные эндоскопии проводить не рекомендуется (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Рутинные биопсии из дистального пищевода для подтверждения диагноза ГЭРБ также не рекомендуются (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Для рутинной диагностики ГЭРБ категорически не рекомендуется проводить обычное рентгенологическое исследование с барием (*сильные рекомендации, высокий уровень доказательств*). В отличие от предыдущих рекомендаций в новом консенсусе отмечено, что манометрия пищевода диагностической роли при ГЭРБ не имеет и она рекомендуется только для предоперационного обследования больных (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

В отношении амбулаторного пищевода рН-мониторинга отмечается, что он показан перед проведением эндоскопического или хирургического лечения у пациентов с неэрозивной ГЭРБ (НЭРБ) как часть дообследования пациентов, рефрактерных к ИПП, а также в ситуациях, когда диагноз ГЭРБ остается под вопросом (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). Кроме того, он рассматривается в основном как тест, позволяющий оценить ассоциацию симптоматики с наличием рефлюкса (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). При эндоскопически подтвержденном наличии короткого или длинного сегмента пищевода Барретта амбулаторный рН-мониторинг рефлюкса для подтверждения ГЭРБ не требуется (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*).

В новом консенсусе впервые отмечено, что скрининг на инфекцию *H.pylori* у пациентов с ГЭРБ не

рекомендуется, а лечение инфекции *H.pylori* как рутинный метод антирефлюксной терапии не показано (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). В отношении пациентов с некардиальной болью в груди, предположительно связанной с ГЭРБ, отмечается, что до назначения терапии они должны быть дообследованы (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*), причем до гастроэнтерологического обследования (проведения ЭГДС) у таких больных должны быть исключены кардиальные причины боли в груди (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

Доказательные данные в отношении диагностических тестов, показания к их проведению, а также рекомендации нового консенсуса представлены в табл. 1.

Ведение пациентов с ГЭРБ

Учитывая то, что ожирение в настоящее время рассматривается как один из важных факторов риска ГЭРБ, всем пациентам с ГЭРБ, имеющим избыточный вес/ожирение, или тем, кто недавно набрал вес, рекомендуется его снижение (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Пациентам с ночными симптомами ГЭРБ рекомендуется поднимать изголовье кровати и не есть за 2–3 часа до сна (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*). Неожиданным для нас является вывод о том, что рутинное ограничение или исключение пищи, которая может выступать в качестве триггеров рефлюкса, в лечении ГЭРБ не рекомендуется (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

Доказательные данные в отношении модификации образа жизни, их влияния на параметры ГЭРБ, а также рекомендации нового консенсуса представлены в табл. 2.

В отношении первичного лечения ГЭРБ в новом консенсусе имеются некоторые изменения. Так, в качестве лечебного метода выбора для облегчения симптомов и заживления эрозивного эзофагита рекомендуется не 4-, а 8-недельный курс применения ИПП. При этом отмечается, что существенных различий в эффективности различных ИПП при ГЭРБ нет (*сильные рекомендации, высокий уровень доказательств*). Традиционные ИПП с замедленным высвобождением для максимального контроля за интрагастральным рН должны приниматься строго за 30–60 минут до еды (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*), в то время как новые ИПП с немедленным высвобождением можно более гибко дозировать в зависимости от времени приема пищи (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Лечение ИПП должно начинаться с однократного приема препарата утром до завтрака (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). У пациентов с частичным ответом на однократный прием стандартных доз ИПП можно менять время приема или назначать двойные дозы ИПП, особенно у пациентов с ночными симптомами и расстройством сна (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). ИПП-неот-

ветчики должны быть дообследованы как пациенты с рефрактерной ГЭРБ (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*). У пациентов с частичным ответом на ИПП дополнительный лечебный эффект может оказать назначение ИПП два раза в день или переход на другой ИПП (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

Поддерживающее лечение ИПП должно проводиться у больных с ГЭРБ, у которых после отмены ИПП вновь появляются симптомы, а также у пациентов с осложнениями, включая эрозивные эзофагиты и пищевод Барретта (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). У пациентов, которым требуется длительный прием ИПП, они должны применяться в наименьших эффективных дозах, включая

терапию «по требованию» или интермиттирующую терапию (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

H₂-гистаминоблокаторы могут применяться в качестве варианта поддерживающей терапии у пациентов с НЭРБ, если они облегчают изжогу (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). H₂-гистаминоблокаторы также можно назначать на ночь дополнительно к дневному приему ИПП у отдельных пациентов с подтвержденным ночным кислотным прорывом, хотя это может сопровождаться развитием тахифилаксии через несколько недель приема (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*). Лечение ГЭРБ неагрессивными препаратами, включая прокинетики и/или баклофен, у больных с

Таблица 1 — Диагностические тесты при ГЭРБ

Диагностический тест	Показания	Наивысший уровень доказательств	Рекомендации
ИПП-тест	Типичная клиника без тревожных симптомов	Метаанализ	Негативные данные не исключают ГЭРБ
Рентгенологическое исследование	Для диагностики ГЭРБ не применяется. Всегда показано при дисфагии	Исследования типа «случай — контроль»	Не применяется, если нет осложнений (стриктуры, кольца)
ЭГДС	Наличие тревожных симптомов, скрининг пациентов высокого риска, загрудинная боль, рефрактерная ГЭРБ	Рандомизированные клинические исследования	Проводится у пожилых, при высоком риске пищевода Барретта, некардиальной загрудинной боли, отсутствии ответа на ИПП
Биопсия слизистой пищевода	Исключение причин симптомов, не связанных с ГЭРБ	Исследования типа «случай — контроль»	Для диагностики ГЭРБ не показана
Манометрия пищевода	Предоперационное обследование	Обсервационные наблюдения	Для диагностики ГЭРБ не показана. Необходима для исключения ахалазии или склеродермического поражения пищевода перед операцией
Амбулаторный pH-мониторинг	Перед операцией у больных с НЭРБ, рефрактерная ГЭРБ, сомнительный диагноз ГЭРБ	Обсервационные наблюдения	Выявляет корреляцию симптомов с рефлюксом, патологическое кислотное воздействие, частоту рефлюксов

Таблица 2 — Эффективность модификации образа жизни при ГЭРБ

Метод модификации	Влияние на параметры ГЭРБ	Доказательные данные	Рекомендации
Снижение массы тела	Улучшение симптоматики и пищевода pH	Исследования типа «случай — контроль»	Строго показано пациентам с ИМТ > 25 или при недавнем наборе веса
Подъем изголовья кровати	Улучшение симптоматики и пищевода pH	РКИ	Показано пациентам с ночными симптомами
Отказ от поздних вечерних приемов пищи	Улучшение ночной кислотности желудка, но не симптомов	Исследования типа «случай — контроль»	Избегать вечернего приема пищи (особенно жирной) за 2–3 часа до сна
Прекращение курения и употребления алкоголя	Не влияет на симптоматику и пищевода pH	Исследования типа «случай — контроль»	Для улучшения симптоматики ГЭРБ не рекомендуется
Отказ от шоколада, кофеина, острой пищи, цитрусовых, газированных напитков	Не исследовалось	Данных нет	Рутинно не рекомендуется. Может быть рекомендован избранным пациентам, отмечающим явную связь симптомов с этими продуктами

ГЭРБ без дополнительного диагностического обследования проводиться не должно (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Сукральфат у небеременных пациентов с ГЭРБ никакого лечебного значения не имеет (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*).

Впервые в новом консенсусе сделан важный вывод, что ИПП безопасны для беременных и могут применяться, если они клинически показаны (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*).

Потенциальные риски, ассоциирующиеся с приемом ИПП. В новом консенсусе впервые с позиций доказательной медицины оценены потенциальные риски, связанные с приемом ИПП. В частности, отмечено, что при возникновении побочных эффектов при приеме какого-либо ИПП может быть рассмотрен переход на другой ИПП (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*). Сделан вывод о том, что пациенты с имеющимся остеопорозом могут продолжать ИПП-терапию, а риск остеопороза и перелома бедра не должен влиять на решение о длительном применении ИПП, за исключением пациентов, имеющих другие факторы риска для перелома бедра (*условные рекомендации, средний уровень доказательств*). Прием ИПП может выступать фактором риска для инфекции *Clostridium difficile* и всегда должен учитываться в этом отношении (*сильные рекомендации, средний уровень доказательств*). Краткосрочный прием ИПП может повышать риск негоспитальных пневмоний, однако этот риск не распространяется на пациентов, длительно принимающих ИПП (*условные рекомендации, средний уровень доказательств*). Очень важным является вывод о том, что ИПП-терапия не должна меняться при необходимости приема клопидогреля, поскольку на сегодняшний день нет убедительных доказательств того, что повышается риск возникновения побочных кардиоваскулярных эффектов (*сильные рекомендации, высокий уровень доказательств*).

Хирургическое лечение ГЭРБ. Хирургическое лечение рассматривается как одна из терапевтических стратегий для длительного лечения ГЭРБ, однако оно не рекомендовано пациентам, не отвечающим на ИПП (*сильные рекомендации, высокий уровень доказательств*). Хирургическое лечение у тщательно отобранных пациентов так же эффективно, как и медикаментозное, если оно проводится опытным хирургом (*сильные рекомендации, высокий уровень доказательств*). У всех пациентов с НЭРБ, которым планируется хирургическое лечение, перед операцией необходимо провести амбулаторный пищево́дный рН-мониторинг, а также манометрию пищевода для исключения ахалазии или склеродермии (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Больным с ожирением и ГЭРБ, нуждающимся в операции, также рекомендуется бариатрическая операция (обычно — желудочное шунтирование) (*условные рекомендации, средний уровень доказательств*). Применение эндоскопического лечения или трансоральной инцизионной фундопликации как альтернативы ме-

дикаментозному или традиционному хирургическому лечению в настоящее время рекомендовано быть не может (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*).

Экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ: астма, хронический кашель и ларингиты. Согласно новому консенсусу, ГЭРБ должна рассматриваться как потенциальный сопутствующий фактор риска у пациентов с астмой, хроническим кашлем и ларингитом. У всех таких пациентов должно проводиться тщательное обследование для выявления других (не связанных с ГЭРБ) причин (*сильные рекомендации, средний уровень доказательств*). В качестве метода постановки диагноза ГЭРБ-ассоциированных астмы, хронического кашля и ларингита ЭГДС не рекомендуется (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*), а диагноз рефлюкс-ларингита не может быть поставлен исключительно на основании данных ларингоскопии (*сильные рекомендации, средний уровень доказательств*). У всех пациентов с экстраэзофагеальными симптомами, не имеющих типичных симптомов ГЭРБ, до назначения ИПП необходимо проводить пищево́дный рН-мониторинг (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

Лечение ИПП рекомендовано при наличии экстраэзофагеальных симптомов у пациентов, имеющих также типичные симптомы ГЭРБ (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). У неответчиков на прием ИПП необходимо проводить дальнейшее дообследование, такое же, как при рефрактерной ГЭРБ (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*). У пациентов с экстраэзофагеальными проявлениями ГЭРБ, не отвечающих на антисекреторную терапию ИПП, хирургическое лечение проводиться не должно (*сильные рекомендации, средний уровень доказательств*).

Рефрактерная ГЭРБ. Первым шагом ведения больных с рефрактерной ГЭРБ должна быть оптимизация ИПП-терапии (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). Всем больным с рефрактерной ГЭРБ обязательно должна быть проведена ЭГДС для исключения других причин изжоги и диспептических симптомов (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*). Пациенты с экстраэзофагеальными симптомами ГЭРБ, не отвечающие на ИПП-терапию, должны быть тщательно дообследованы соответствующими специалистами, такими как лор-врач, пульмонолог, аллерголог (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). Пациенты с рефрактерной ГЭРБ и негативными данными ЭГДС (при типичной симптоматике) либо дообследованные другими специалистами (при экстраэзофагеальных симптомах) должны пройти амбулаторный пищево́дный рН-мониторинг (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). Рефлюкс-мониторинг вне приема ИПП может проводиться любым методом (рН- или импеданс-рН-мониторинг) (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Тестирование на фоне приема ИПП для исключения некислотных рефлюксов может прово-

диться только путем импеданс-рН-мониторинга (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Пациенты с негативными данными импеданс-рН-мониторинга редко имеют ГЭРБ, и ИПП-терапия у них должна быть прекращена (*сильные рекомендации, низкий уровень доказательств*). У рефрактерных пациентов с объективно подтвержденным рефлюксом как причиной симптомов должны рассматриваться другие дополнительные методы лечения, такие как хирургия или применение ингибиторов спонтанных релаксаций нижнего пищеводного сфинктера (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

Алгоритм ведения больных с рефрактерной ГЭРБ представлен на рис. 1.

Осложнения ГЭРБ

Для описания эндоскопической картины при наличии рефлюкс-эзофагита должна применяться Лос-Анджелесская система классификации (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Пациенты с рефлюкс-эзофагитами степени А для подтверждения ГЭРБ должны подвергаться дальнейшему тестированию (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*). У пациентов с тяжелым рефлюкс-эзофагитом для исключения возможного пищевода Барретта должна проводиться повторная эндоскопия после первичного курса антисекреторной терапии (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

У пациентов с ГЭРБ и высоким риском, основанном на эпидемиологических данных, должен проводиться эндоскопический скрининг на пищевод Барретта (*условные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). При наличии пищевода Барретта симптоматика должна лечиться таким же образом, как и у пациентов без пищевода Барретта (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). Па-

циенты с пищеводом Барретта должны проходить периодическое эндоскопическое обследование в соответствии с клиническими рекомендациями для таких пациентов (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*).

После дилатации пептических стриктур пищевода должна проводиться продолжительная ИПП-терапия для уменьшения симптомов дисфагии и повторных дилатаций (*сильные рекомендации, умеренный уровень доказательств*). При рефрактерных комбинированных стриктурах вследствие ГЭРБ могут применяться инъекции кортикостероидов непосредственно в область стриктур (*условные рекомендации, низкий уровень доказательств*).

Таковы основные положения нового американского консенсуса, основанного на доказательных подходах к диагностике и ведению больных ГЭРБ. Насколько эти данные отличаются от подходов, традиционно используемых в Украине? Какие новые или уже известные положения мы должны более широко применять в своей повседневной практике?

Следует сказать, что у нас имеются некоторые отличия в ведении больных ГЭРБ и начинаются они уже с диагностики. В первую очередь это касается неоправданно большого числа ЭГДС, которые проводятся больным неосложненной ГЭРБ, — как правило, при каждом обострении, а также нередко — для подтверждения эффективности лечения. В новом же консенсусе везде, кроме отдельных случаев, доминируют эмпирические подходы, а проведение ЭГДС у больных ГЭРБ строго лимитировано. При наличии типичной симптоматики первичную ЭГДС рекомендуется проводить только в специально оговоренных случаях (наличие тревожных симптомов, пожилые пациенты, скрининг пациентов с высоким риском пищевода Барретта или других осложнений, загрудинная боль, предположительно связанная с рефлюксом, пациенты, не отвечающие на прием ИПП). Если у пациента при первичной диагностической эндоскопии нет признаков пищевода Барретта и если у него отсутствуют новые симптомы, то повторные эндоскопии проводить не рекомендуется.

В связи с этими рекомендациями нашим практическим врачам, по-видимому, следует пересмотреть свое отношение к ЭГДС и рекомендовать ее проведение только по показаниям. При отсутствии дисфагии также не следует направлять больных на рентгенологическое обследование, а в типичных случаях необходимо более широко применять диагностический ИПП-тест, заключающийся в пробном эмпирическом назначении какого-либо из препаратов группы ИПП. Хотя новый консенсус специально дозировку препарата для ИПП-теста не оговаривает, в настоящее время отмечается тенденция к первичному назначению сразу двойных доз ИПП. Поэтому в настоящее время на мировом фармацевтическом рынке появились ИПП, содержащие в одной капсуле двойные дозы препарата. В Украине к таким препаратам, в частности, относится Омез® 40 мг (Dr. Reddy's



Рисунок 1 — Алгоритм ведения больных с рефрактерной ГЭРБ

Laboratories). Следует также напомнить, что первым зарегистрированным в Украине омепразолом был Оmez® 20 мг, и с 1996 года, когда он впервые появился в аптечной сети, и по сегодняшний день этот препарат в нашей стране остается наиболее назначаемым и употребляемым ИПП. За прошедшие годы Оmez® 20 мг зарекомендовал себя в качестве одного из самых эффективных и безопасных препаратов как для лечения кислотозависимых заболеваний (ГЭРБ и пептические язвы), так и в качестве базисного препарата для лечения инфекции *H. pylori*. Наш собственный опыт позволяет рекомендовать первичному больному с ГЭРБ сначала Оmez® 40 мг утром натощак в течение 1 недели, а в случае достижения клинического эффекта продолжать эмпирическое лечение этим же препаратом в стандартной дозе (Оmez® 20 мг).

Согласно новому консенсусу, в качестве первичного курса лечения рекомендуется 8-недельный курс применения ИПП, при этом дозировка препарата в зависимости от эндоскопических изменений опять-таки не оговаривается, а рекомендуется применять эмпирический подход — сначала назначать стандартную дозу ИПП утром за 30–60 минут до завтрака, а при недостаточном клиническом ответе менять время приема либо увеличивать дозу ИПП в 2 раза. Немаловажным является то, что в консенсусе констатируется тот факт, что в сопоставимых дозах существенных различий в конечной эффективности различных ИПП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол) при ГЭРБ нет.

Следует отметить, что эти рекомендации отличаются от существующих, поскольку не учитывают степени тяжести рефлюкс-эзофагита. По-видимому, эти рекомендации подходят только для больных ГЭРБ, у которых изначально проводится эмпирическая терапия ИПП без первичной диагностической ЭГДС либо диагностированы НЭРБ или рефлюкс-эзофагит степени А. В тех же случаях, когда проводится ЭГДС и диагностируются рефлюкс-эзофагиты степени

В-D, на наш взгляд, более целесообразно применять другой подход, применяющийся сейчас в Украине и других европейских странах, а именно дозирование ИПП в зависимости от тяжести рефлюкс-эзофагита. В частности, при рефлюкс-эзофагитах степени В-D целесообразно сразу назначать двойные дозы ИПП (например, Оmez® 40 мг) сроком на 1–2 месяца, а затем придерживаться стратегии Step-down, то есть при хорошем ответе на ИПП пытаться переходить на их стандартные дозы (Оmez® 20 мг) и затем выбирать один из видов поддерживающей противорецидивной терапии — интермиттирующую, постоянную или терапию «по требованию». Как правило, при НЭРБ и легких рефлюкс-эзофагитах рекомендуют применять интермиттирующую схему или терапию «по требованию», в то время как при тяжелых рефлюкс-эзофагитах достоверно более эффективной схемой поддерживающей терапии является постоянный поддерживающий прием ИПП. Важной, на наш взгляд, рекомендацией является то, что перед постановкой диагноза пищевода Барретта врач должен быть уверенным в том, что пациент адекватно пролечен по поводу рефлюкс-эзофагита. Любому пациенту с установленным диагнозом пищевода Барретта желательно длительно принимать ИПП, поскольку такой подход достоверно снижает риск развития и прогрессирования дисплазии. При всех схемах применения ИПП следует помнить об их потенциальных побочных эффектах и всегда исходить из взаимоотношений «риск — польза».

Список литературы

1. Kahrilas P.J., Shaheen N.J., Vaezi M.F. et al. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease // *Gastroenterology*. — 2008. — 135. — 1383-1391.
2. Katz P.O., Gerson L.B., Vela M.F. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease // *The American Journal of Gastroenterology*. — 2013. — Vol. 108. — P. 308-328.

Отримано 10.04.13 □

Ткач С.М.

Національний медичний університет

ім. О.О. Богомольця, м. Київ

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ ХВОРОБУ У СВІТАІ ОСТАНЬОГО АМЕРИКАНСЬКОГО КОНСЕНСУСУ

Резюме. У статті наданий огляд положень нового консенсусу щодо діагностики й ведення пацієнтів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРБ), розробленого Американським коледжем гастроентерології, обговорюється питання, наскільки підходи, рекомендовані в консенсусі, відрізняються від тих, що застосовуються в Україні. Зроблено акцент на необхідності емпіричних підходів до контролю лікування й рецидивів при неускладненій ГЕРБ, у той час як в Україні досить часто в таких випадках проводиться езофагогастродуоденоскопія. Надано рекомендації щодо застосування ІПП-тесту.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, рекомендації, інгібітори протонної помпи.

Tkach S.M.

National Medical University named after A.A. Bogomolets,

Kyiv, Ukraine

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE LIGHT OF THE RECENT AMERICAN CONSENSUS

Summary. The paper gives a review of a new consensus on the diagnosis and management of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD), developed by the American College of Gastroenterology, discusses how the approaches recommended in the consensus differ from those in Ukraine. Emphasis is placed on the need for empirical approaches to the control of treatment and relapses in uncomplicated GERD, while in Ukraine in such cases esophagogastroduodenoscopy is carried out quite often. Recommendations on the use of PPIs test.

Key words: gastroesophageal reflux disease, guidelines, proton pump inhibitors.