

Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Л.В. МАСЛОВСКИЙ,
О.Н. МИНУШКИН,
ФГУ УНМЦ УД
Президента РФ

В последние годы отмечается рост заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Эпидемиологические исследования, проведенные в Европе и Северной Америке, показали, что симптомы ГЭРБ испытывают ежедневно 4-10% населения, еженедельно – 20-30%, ежемесячно – 50%, а заболеваемость неуклонно возрастает (39, 40, 42.). Частота ГЭРБ существенно ниже в развивающихся странах Африки и Азии.

Российские исследования, проведенные в рамках программы ВОЗ MONICA (Мониторинг заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и уровней их факторов риска) в Новосибирске, показали сопоставимую с вышеперечисленными данными частоту ГЭРБ. Изжогу испытывают 51,4% мужчин и 48,5% женщин (8). По данным Ставраки Е.С. и соавт., при анкетировании 13612 респондентов из 11 городов России оказалось, что изжогу испытывают 59,8% опрошенных (60,2% – мужчин и 59,4% – женщин), причем часто и постоянно – 16,5% (23). Следует иметь в виду, что изучение истинной распространенности ГЭРБ в популяции затруднено из-за отсутствия четкого определения ГЭРБ и «золотого» диагностического стандарта.

По мнению одних авторов, «ГЭРБ, несмотря на название – «болезнь», нозологической формой не является. Это комплекс клинических симптомов и/или морфологических изменений, которые возникают в

результате заброса содержимого желудка в пищевод» (3). Другие исследователи считают, что «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящим к повреждению дистальных отделов пищевода и появлению характерных симптомов (изжоги, ретростеральных болей, дисфагии) (7).

Среди существующих определенных ГЭРБ, наиболее востребованным остается данное на Генвальской конференции: «Термин «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» может использоваться для объединения всех индивидуумов, которые подвергаются риску физических осложнений от гастроэзофагеального рефлюкса или испытывают клинически значимое нарушение благополучного существования (качества жизни) из-за симптомов, связанных с рефлюксом, после адекватного подтверждения их доброкачественной природы» (30). Основным его достоинством, по нашему мнению, является официальное признание в рамках ГЭРБ эндоскопически негативной (неэрозивной) рефлюксной болезни (НЭРБ). Диагностическим стандартом НЭРБ, по сути, является симптоматика (в первую очередь – изжога), которая приводит к клинически значимому снижению качества жизни. Согласно недавно прошедшему Монреальскому консенсусу по определению и классификации гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни, «ГЭРБ – состояние, которое развивается в тех случаях, когда рефлюкс желудочного содержимого вызывает причиняющие беспокойство симптомы и/или осложнения» (45).

Нами были изучены эпидемиологические особенности эрозивной и неэрозивной форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у контингента стационарных больных городского многопрофильного стационара. Проводили анкетирование всех больных, подвергшихся ЭГДС за период 6 месяцев (повторные эндоскопические исследования не учитывались). Было обследовано 530 пациентов: мужчин – 270 (50,9%), женщин – 260 (49,1%). Определяли распространенность, частоту и выраженность симптомов ГЭРБ и ее форм. Сопоставляли полученные данные по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ), длительности анамнеза, сопутствующей патологии. По данным опроса и ЭГДС, ГЭРБ была выявлена у 159 пациентов (30%). У 69 (13%) пациентов диагностирована эрозивная форма (ЭРБ), у 90 (17%) – неэрозивная форма (НЭРБ). В структуре НЭРБ катаральные эзофагиты составили 43%, НЭРБ без изменения слизистой – 56%. При сравнении больных эрозивной и неэрозивной формами по полу, возрасту, ИМТ – более 30, длительности анамнеза, наличию грыж пищеводного отверстия диафрагмы достоверных различий не выявлено. Таким образом, распространенность ГЭРБ у контингента стационара составила 30%, эрозивный эзофагит выявлен

у 13%, НЭРБ – у 17% (16). Полученные данные совпадают с результатами отечественных авторов, изучавшими частоту эрозивных и неэрозивных форм ГЭРБ у амбулаторных больных, подвергшихся первичному эндоскопическому исследованию и анкетированию (36).

Приведенные данные свидетельствуют о высокой распространенности ГЭРБ в России. Это обстоятельство предполагает активное участие в ведении больных ГЭРБ не только гастроэнтерологами, но и врачами общей практики.

КЛИНИКА

В клинической картине выделяют пищеводные проявления, которые включают изжогу, отрыжку, срыги-

вание, одинофагию, боли в грудной клетке и/или эпигастральной области и внепищеводные (5).

Внепищеводные проявления ГЭРБ, которые недостаточно хорошо известны врачам общей практики, представлены в таблице 1.

Следует помнить, что, в ряде случаев, внепищеводные проявления могут выходить на передний план в клинической картине. Более того, в 25% случаев ГЭРБ протекает только с внепищеводными симптомами. По этой причине знание особенностей клинического течения ГЭРБ имеет большое значение для врачей общей практики и позволяет правильно построить диагностическую и лечебную тактику.

Монреальский консенсус (2006),

опираясь на принципы доказательной медицины, классифицировал различные проявления ГЭРБ (45) следующим образом:

Пищеводные синдромы

- Симптоматические синдромы:**
 - типичный рефлюксный синдром;
 - синдром болей в грудной клетке, связанных с рефлюксом.
- Синдромы с повреждением пищевода:**
 - рефлюкс-эзофагит;
 - стриктуры вследствие рефлюкса;
 - пищевод Баррета;
 - аденокарцинома пищевода.

Внепищеводные синдромы


- Доказанные ассоциации:**
 - синдром кашля, ассоциированного с рефлюксом;
 - синдром рефлюкс-ларингита; 

Таблица 1. Внепищеводные проявления ГЭРБ
(1, 4, 10, 20, 25, 28, 31, 32, 33, 38, 41, 43, 44, 45)

Симптомы	Рефлюкс-индуцированная патология	Патогенетические механизмы
Кардиальные * боли в левой половине грудной клетки, нарушения сердечного ритма А) связанные с патологией сердца Б) не связанные с патологией сердца (псевдостенокардитические боли)	приступы стенокардии и нарушения ритма сердца расстройства моторики пищевода	– нарушения сердечного ритма, возникающие в результате пищеводно-кардиального рефлекса – рефлюкс приводит к снижению коронарного кровотока и провоцирует приступы стенокардии и нарушения ритма сердца – рефлюкс приводит к гипермоторике пищевода
Легочные** хронический кашель приступы удушья	бронхиальная астма хронический бронхит повторные пневмонии идиопатический пневмофиброз	– стимуляция вагусных рецепторов дистальной части пищевода рефлюксом индуцирует бронхоспазм вследствие вагоспастического рефлекторного влияния на бронхи – микро- и макроаспирация желудочного содержимого в бронхиальное дерево
Оториноларингофарингеальные хроническая охриплость, постоянная дисфония, срывы голоса, боли в горле, шее избыточное слезообразование гортани, гиперсаливация, Globus sensation (ощущение комка в глотке)	хронический ларингит ларингеальный круп хронический фарингит хронический ринит отиты оталгия	проксимальные рефлюксы ведут к воспалению преимущественно задней стенки гортани и области черпалонадгортанной складки, выявляется выраженный гиперкератоз с тенденцией к образованию корок и десквамации, могут обнаруживаться так называемые певческие узелки, отек Рейнке, контактные язвы и гранулемы, стеноз гортани и пароксизмальный ларингоспазм – гипертоonus верхнего пищеводного сфинктера
стоматологические жжение языка, щек нарушение вкусовых ощущений поражение твердых тканей зубов	Кариес с последующим развитием халитоза дентальные эрозии	ацидификация слюнной жидкости со снижением pH слюны ниже 7,0, что оказывает повреждающее действие на слизистую оболочку полости рта и способствует деминерализации
симптомы анемии слабость, утомляемость и др.	Гипохромная железо-дефицитная анемия***	микрорвотечения из эрозий
желудочные распирание и переполнение желудка, преждевременное (быстрое) насыщение, «вздутие» живота после еды, неспецифическая боль	Гастропарез	расстройство аккомодации желудка в ответ на прием пищи при несостоятельности нижнего пищеводного сфинктера (НПС)

* – клинические проявления болей в грудной клетке, связанных с рефлюксом имеют определенные особенности:

- боли носят жгучий характер
- характерна загрудинная локализация без иррадиации
- боли связаны с приемом пищи, перееданием, погрешностями в диете
- боли возникают при перемене положения тела (наклоны, горизонтальное положение)
- уменьшаются или проходят после приема антацидов или блокаторов секреции
- сочетаются с изжогой и/или дисфагией

** – особенности легочной симптоматики, ассоциированной с рефлюксной болезнью:

- одновременное появление изжоги или болей в грудной клетке и легочной симптоматики
- ухудшение состояния дыхательной системы после еды, переедания, употребления алкоголя
- возникновение легочной симптоматики в горизонтальном положении, в ночные или ранние утренние часы
- кислый вкус во рту в сочетании с легочной симптоматикой
- появление астмы во взрослом возрасте при отсутствии аллергических реакций
- ухудшение течения астмы при лечении зупиллином

*** – при наличии скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы возможно развитие V_{12} -дефицитной и гемолитической анемии

Классификация рефлюкс-эзофагита по Savary-Miller в модификации Carisson и соавторов

Степень тяжести	Характеристика изменений
0 степень	Признаки рефлюкс-эзофагита отсутствуют
I степень	Не сливающиеся эрозии на фоне гиперемии слизистой, занимающие менее 10% окружности дистального отдела пищевода
II степень	Сливающиеся эрозивные повреждения, занимающие 10-50% окружности дистального отдела пищевода
III степень	Множественные, циркулярные эрозивно-язвенные поражения пищевода, занимающие всю окружность дистального отдела пищевода
IV степень	Осложнения: глубокие язвы, стриктуры, пищевод Баррета

- синдром рефлюкс-астмы;
 - синдром зубных рефлюкс эрозий.
2. *Предполагаемые ассоциации:*
- фарингит;
 - синусит;
 - идиопатический легочный фиброз;
 - рецидивирующее воспаление среднего уха.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз ГЭРБ начинается с анализа жалоб больного и анамнеза заболевания. При опросе пациента необходимо дать определение изжоги как жжения, по ощущениям поднимающегося из желудка или нижней части грудной клетки вверх к шее (30). Правильное терминологическое определение изжоги позволяет увеличить чувствительность диагностики ГЭРБ по данным опроса до 92% (27).

Следующим этапом диагностики в ситуации, когда единственная или основная жалоба больного – изжога, является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), которая позволяет определить форму ГЭРБ (эрозивную, неэрозивную). Состояние слизистой пищевода оценивается либо по классификации M. Savary-J. Miller, либо Лос-Анджелесской (1994) (последняя – только для эрозивных форм).

Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита:

Степень А – один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода длиной не более 5 мм, ни один из которых не распространяется более, чем на 2 складки слизистой оболочки

Степень В – один или несколько

дефектов слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, ни один из которых не распространяется более, чем на 2 складки слизистой оболочки

Степень С – дефекты слизистой оболочки пищевода, распространяющиеся на 2 складки слизистой оболочки или более, которые в совокупности занимают менее 75% окружности пищевода

Степень D – дефекты слизистой оболочки пищевода, занимающие как минимум 75% окружности пищевода

Немаловажным аспектом представляется разработка новых методов или использование уже имеющихся, но способных выявить начальные изменения слизистой оболочки. Это представляется актуальным для выявления пациентов с НЭРБ. Мы оценили в этом отношении **люминесцентную эндоскопию**.

Люминесценция – это особый вид свечения, интенсивность и спектральный состав которого зависит от физиологического состава клеток слизистой и степени ее кровоснабжения. Первые сообщения о возможности использования люминесцентной фиброгастроскопии с источником ультрафиолетового излучения для дифференциальной диагностики различных поражений желудочно-кишечного тракта и выявления ранней формы рака были сделаны в России в 1977, 1978 годах (22). Применение метода в целях диагностики заболеваний пищевода отмечено в единичных работах (34). Этот опыт в основном сводится к диагностике пищевода Баррета, предпринимаемой для обнаруже-

ния дисплазии пищевода и выявлению рака. Нами было предпринято сопоставление клинических данных и показателей люминесцентной эндоскопии у 134 пациентов с различными степенями ГЭРБ и 21 больного контрольной группы без ГЭРБ. Степень повреждения слизистой оболочки пищевода оценивалась по классификации M. Savary и J. Miller. Люминесцентное исследование показало способность выявлять минимальные изменения слизистой пищевода, связанные с нарушением химического состава физиологических жидкостей, клеток тканей и кровообращения, у больных с НЭРБ. Чувствительность метода люминесцентной эндоскопии составила 100%, что позволило рекомендовать данный метод для диагностики НЭРБ (12, 15).

Использование других методов исследования (суточная рН-метрия, манометрия, рентгенологическое исследование, тест Бернштейна, билиметрия) показано в основном для диагностики ГЭРБ, протекающей с неизменной слизистой пищевода при наличии внепищеводных проявлений, выступающих на первый план в клинической картине. Другим показанием для их применения является исследование причин неэффективности проводимой терапии.

Следует помнить о **сцинтиграфии пищевода**, которая применяется для оценки эзофагеального клиренса с радиоактивным изотопом технеция. Задержка принятого изотопа в пищеводе более чем на 10 мин. указывает на замедление эзофагеального клиренса, что является одним из важных механизмов повреждения. Достоинствами данного метода являются неинвазивность и возможность выявления рефлюкса до развития эзофагита (21).

Омепразоловый тест используется для диагностики внепищеводных проявлений ГЭРБ. Он основан на возможности уменьшения или купирования внепищеводных симптомов, если они связаны с ГЭРБ.

Алгоритм обследования больных с внепищеводными проявлениями ГЭРБ имеет свои особенности.

Его осуществление является прерогативой врача общей практики, однако при необходимости могут привлекаться врачи других специальностей (кардиологи, пульмонологи, оториноларингологи, гастроэнтерологи). При **болях в грудной клетке неясного происхождения** обследование проходит следующие этапы (37):

1. исключение патологии сердца (электрокардиография, эхокардиография, коронарография);
2. исключение патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта рутинными методами (рентгенологическое исследование, ЭГДС, УЗИ брюшной полости);
3. исключение «негативной» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (суточная рН-метрия, тест Бернштейна, омепразоловый тест);
4. исключение нарушенной моторики пищевода (суточная манометрия, сцинтиграфия, провоцирующие тесты).

Для диагностики **bronхолегочных проявлений ГЭРБ** необходимо:

1. проводить тщательный опрос пациентов (см. особенности легочной симптоматики, ассоциированной с рефлюксной болезнью);
2. рентгенологическое исследование органов дыхания с целью исключения их возможной патологии, осмотр ЛОР-органов, рентгенологическое исследование околоносовых пазух, исследование функции внешнего дыхания, а при наличии изменений последней – исследование бронхиальной проходимости с лекарственными пробами (β_2 -адреномиметики и др.);
3. выявление ГЭРБ – проведение ЭГДС, при необходимости, 24-часовую рН-метрию, омепразоловый тест.

Данный алгоритм позволяет существенно оптимизировать диагностику bronхолегочных проявлений ГЭРБ (32). Проведение антирефлюксной терапии у пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ позволяет существенно улучшить результаты лечения кардиаль-

ной, bronхолегочной, ЛОР и другой патологии (41, 43, 44).

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ГЭРБ включает рекомендации по изменению образа жизни пациента, медикаментозную терапию и хирургическое лечение. У пациентов без эзофагита целью лечения является достижение нормального качества жизни путем устранения симптомов, связанных с рефлюксом кислоты (изжога, иногда боли за грудиной). Кроме того, при наличии эзофагита лечение проводят с целью предотвращения осложнений заболевания (кровотечение, стриктура пищевода или метаплазия эпителия (пищевод Баррета).

Немедикаментозное лечение

Одно из условий эффективного лечения ГЭРБ – изменение образа жизни пациента. Врачу следует проводить работу с пациентом по следующим направлениям:

1. отказ от курения, которое способствует снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, замедлению пищеводного клиренса, учащению гастроэзофагеального рефлюкса;
2. коррекция диеты, рекомендуют избегать употребления продуктов, усиливающих газообразование, больным ГЭРБ следует воздержаться от употребления: жира, сала, маргарина, сливок, жирной рыбы, гусяного и утиного мяса, свинины, жирной говядины, баранины, чеснока, лука, перца, острых соусов и приправ, томатов и томатного сока, кетчупа, мучных изделий (макаронны, сдобное печенье и булочки), тортов, пирожных, шоколада (содержит метилксантин, расслабляющий гладкую мускулатуру), кофе, крепкого чая, пепси-колы, газированных минеральных вод, цитрусовых, грейпфрутового, ананасового сока, кислых фруктовых соков, алкоголя (все виды, включая ликер и пиво);
3. коррекция объема пищи, характера и времени ее приема, т.к. большой объем пищи приводит

к повышению внутрижелудочного давления и снижению тонуса НПС, провоцируя гастроэзофагеальный рефлюкс. Необходимо убедить пациента не переедать, не есть перед сном и в ночное время, не лежать после еды в течение 1,5 часов, при выраженном эзофагите рекомендуется дробное питание;

4. снижение массы тела при ожирении является традиционной

При анализе качества жизни, по данным ВАШ, оказалось, что при использовании всех четырех режимов поддерживающей терапии сохраняется достоверное улучшение качества жизни пациентов, достигнутое после курсового лечения. Достоверного различия между группами, использовавшими различные режимы поддерживающей терапии, не обнаружено.

рекомендацией по безлекарственной терапии ГЭРБ, люди с ожирением предрасположены к грыже пищеводного отверстия диафрагмы, однако связь увеличения массы тела со снижением тонуса НПС отсутствует; в то же время рекомендации по уменьшению потребления жирной пищи благоприятно скажутся на лечении ГЭРБ и ожирения;

5. подъем головного конца кровати с помощью подставок на 15 см способствует значительно уменьшению интенсивности рефлюкса и по эффективности сопоставим с лечением ранитидином по 150 мг 2 раза в день; эта манипуляция также приводит к повышению пищеводного клиренса, приподнимать только голову не следует, т.к. это может способствовать повышению внутрибрюшного давления и усугублению рефлюкса;
6. отказ от ношения тесной одежды, тугих поясов, корсетов, бандажей, приводящих к повышению внутрибрюшного давления;
7. пациенты должны быть преду-



Таблица 2. Количество больных с полным заживлением эрозий через 4 недели лечения разными ИПП в зависимости от степени рефлюкс-эзофагита

Вид и сроки лечения	Количество больных с полным заживлением эрозий			
	Степень рефлюкс-эзофагита			
	1	2	3	4
Омез 20 мг 2 раза/сут. 4 недели	11/12 (91,6%)	9/11 (81,8%)	1/1 (100%)	1/1(100%)
Париет 20 мг 1 раз/сут. 4 недели	16/17 (94,1%)	17/26 (70,8%)	3/12 (25%)	0/5 (0%)
Париет 8 недель	17/17 (100%)	19/26 (86,4%)	8/12 (72,7%)	2/5 (40%)
Нексиум 40 мг 1 раз/сут. 4 недели	5/7 (71,4%)	7/13 (53,8%)	0/10 (0%)	–

преждены о нежелательности приема лекарственных препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера: спазмолитики (Папаверин, Но-шпа), антагонисты холинергических рецепторов, β-адренергические средства, теofilлин, прогестерон, антидепрессанты, снотворные, опиаты, нитраты, антагонисты кальция, мята перечная и курчавая, НПВС.

Фармакотерапия

Лекарственные средства, так или иначе используемые для лечения ГЭРБ, можно разделить на 4 группы.

1. Антацидные препараты: быстро нейтрализуют соляную кислоту (а некоторые – и желчь) и избавляют пациента от изжоги, однако продолжительность их действия невелика. Используются симптоматически.
2. Прокинетики (метоклопрамид, домперидон) повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают клиренс пищевода, ускоряют эвакуацию содержимого из желудка, способствуют улучшению антрально-дуоденальной координации. В лечении эрозивных форм ГЭРБ эффективность препаратов этой группы гораздо ниже, чем у антисекреторных препаратов. Домпе-

ридон (Мотилак) может с успехом использоваться для курсовой и поддерживающей терапии НЭРБ, сочетающейся с желудочными проявлениями (распирание и переполнение желудка, тошнота, быстрое насыщение и тяжесть после еды). Хороший эффект от проводимой терапии можно ожидать у больных, ранее не использовавших антисекреторные средства, и при отсутствии скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (9, 17).

3. Блокаторы H2-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин, низатидин, роксатидин). В настоящее время могут быть использованы для лечения НЭРБ в стандартных суточных дозах (изолированно или в сочетании с прокинетиками). Есть данные об эффективности совместного использования ингибиторов протонной помпы с блокаторами H2-рецепторов гистамина у больных с «ночным кислотным прорывом».
4. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (омепразол, лансопразол, рабепразол, пантопразол, эзомепразол) – обладают наиболее мощным и продолжительным антисекреторным действием, хорошо переносятся, редко вызывают побочные эффекты и могут длительно использоваться без риска привыкания. Все это делает ИПП препаратами выбора в лечении ГЭРБ.

Собственный опыт курсового лечения больных ГЭРБ 0-4 степени омепразолом, эзомепразолом, рабепразолом в стандартных дозах в течение 4-8 недель показал высокую клиническую и эндоскопическую эффективность всех исследованных препаратов (11, 13, 14).

Динамика клинической и эндоскопической картины представлена в таблице 2 и 3.

Представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности всех применявшихся препаратов в лечении эрозивного эзофагита, достоверных отличий в эффективности не наблюдали. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении купирования симптомов, в частности, изжоги – таблица 3.

Алгоритм проведения курсовой терапии в зависимости от степени эзофагита достаточно хорошо известен и неоднократно описан в современной литературе (3, 7, 29).

Современный этап терапии ГЭРБ характеризуется признанием необходимости проведения длительной (постоянной) поддерживающей терапии. Ее главные цели – сохранение клинико-эндоскопической ремиссии, поддержание высокого качества жизни пациентов и профилактика осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

После выбора препарата (точнее, группы препаратов – ИПП) следующей задачей, которую необходимо решить, является определение схемы проведения поддерживающей терапии (выбрать оптимальную дозу, режим и сроки приема). Предлагаются различные схемы поддерживающей терапии: постоянный прием препарата в двойной, полной или половинной дозе ежедневно или через день, прием в режиме «по требованию», интермиттирующая терапия (проведение полных курсов при рецидиве симптомов), «терапия выходного дня», поэтапно снижающаяся терапия (переход от ИПП к

Таблица 3. Процент больных с полным купированием изжоги через 4 недели лечения разными ИПП

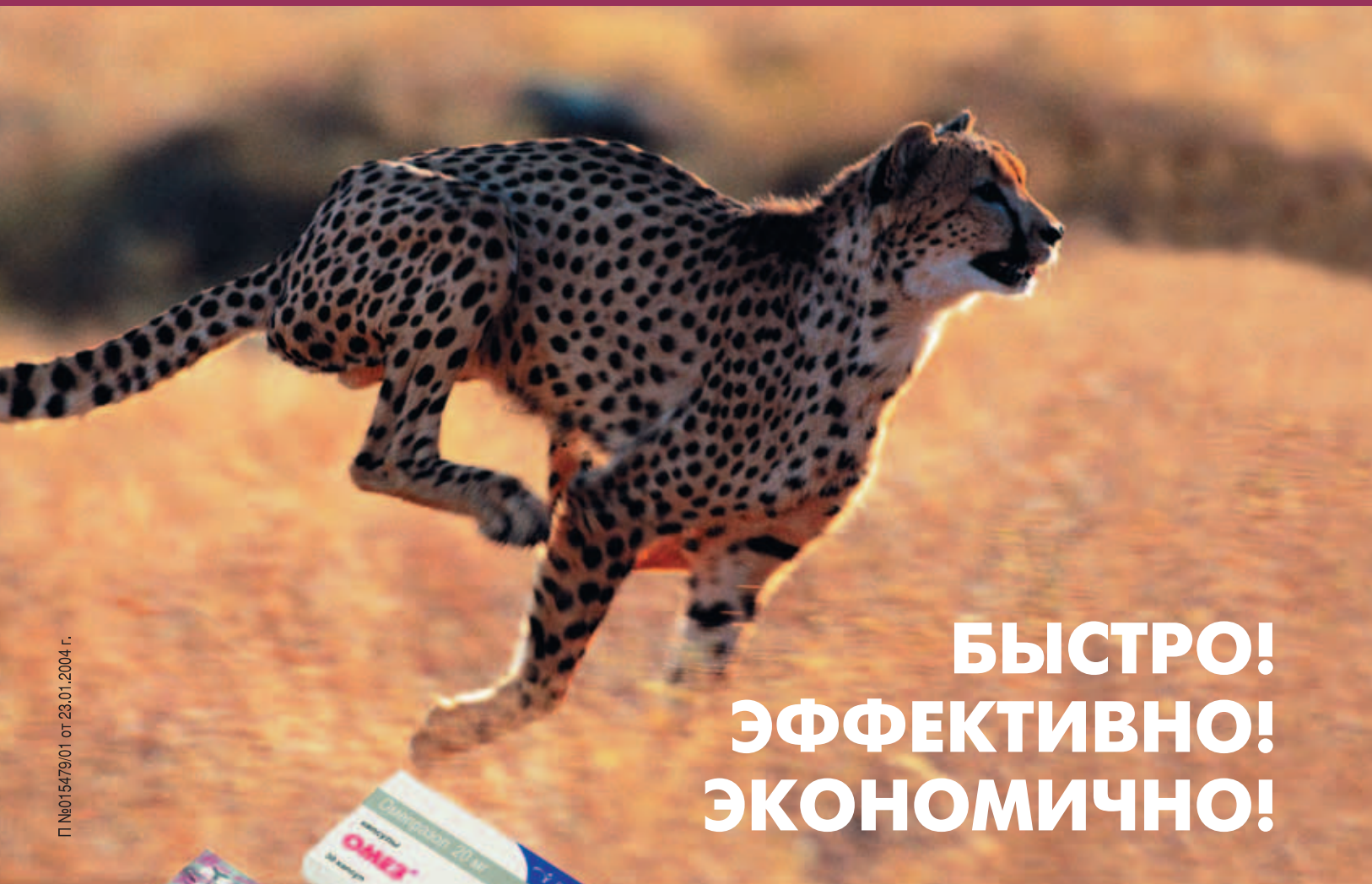
	Омез	Париет	Нексиум
n больных, (%)	96,0%	91,4%	83,4%





ОМЕЗ®

Омепразол



БЫСТРО! ЭФФЕКТИВНО! ЭКОНОМИЧНО!

П №015479/01 от 23.01.2004 г.



Представительство в России:
Д-р Редди'с Лабораторис Лтд
115035, Москва, Овчинниковская наб. д. 20 стр.1;
тел.: (495) 795 3939, 783 2901; факс: (495) 795 3908;
www.drreddys.ru; e-mail: inforus@drreddys.com

- ОмеЗ® – омепразол №1 в России
- Угнетает секрецию соляной кислоты в ответ на все известные стимулы
- Быстро устраняет клинические симптомы
- Высокоэффективен в эрадикационной терапии, лечении и профилактике ГЭРБ и НПВП-гастропатий

РЕКЛАМА

регулярному приему блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов или прокинетиков с антацидами). Рекомендации по выбору той или иной схемы носят достаточно общий характер и имеют низкий уровень доказательности. Критериями, определяющими выбор, являются исходная степень рефлюкс-эзофагита, объем начальной терапии, необходимой для заживления эрозий и/или купирования симптомов, и факт их рецидива.

Нами была проведена оценка эффективности 4-х режимов поддерживающей терапии Омезом (омепразолом) в дозе 20 мг в течение 12 месяцев у 105 больных ГЭРБ 0-ой и 1-ой стадии по достижении клинико-эндоскопической ремиссии при курсовом лечении.

1. Прием Омеза в дозе 20 мг в сутки ежедневно (I группа – 20 больных).
2. Прием Омеза в дозе 20 мг в сутки через день (II группа – 20 человек).
3. Прием Омеза в дозе 20 мг в режиме «по требованию»: 20 мг в сутки при изжоге (III группа – 20 больных).
4. Прием Омеза в дозе 20 мг в режиме «выходного дня»: 20 мг в сутки в пятницу, субботу и воскресенье (IV группа – 15 больных).
5. Контрольная группа – пациенты, не получавшие поддерживающей терапии (V группа – 30 больных).

Перед включением в исследование всем больным проводилась ЭГДС, оценивались выраженность симптомов и качество жизни. Клинико-эндоскопический контроль проводился каждые 3 месяца. Оценка степени ГЭРБ при ЭГДС проводилась по классификации Savary-Miller в модификации Carisson и соавторов. Для оценки качества жизни использовалась Визуальная

Аналоговая Шкала (ВАШ в сантиметрах).

Оценка эффективности поддерживающей терапии, по данным ЭГДС, показала, что у больных I и II групп рецидива эрозивного эзофагита отмечено не было. У больных III группы с 1-ой степенью ГЭРБ рецидив заболевания был выявлен через 3 и 6 месяцев в 44,4% случаев. У пациентов IV группы рецидив эрозивной формы при ЭГДС наблюдали в 75%. У больных контрольной группы рецидив наблюдали в 100% случаев через 6 месяцев после окончания курсовой терапии.

Полученные данные согласуются с результатами других авторов, отметивших, что наличие эрозивного эзофагита в анамнезе является неблагоприятным прогностическим фактором при проведении поддерживающей терапии в режиме по требованию (6). Наличие эрозивного эзофагита I степени в анамнезе при использовании режима «по требованию» и режима «выходного дня» приводит к развитию рецидивов в 44,4% и 75% случаев, что не позволяет рекомендовать использование данных режимов у больных с эрозивными формами (в том числе и I степенью ГЭРБ). Одинаковая эффективность (отсутствие рецидивов) по эндоскопическим критериям у пациентов 1-ой и 2-ой групп с эрозивным эзофагитом I степени позволяет рекомендовать режим приема препарата через день, так как при этом стоимость терапии в два раза меньше.

Использование Омеза в дозе 20 мг ежедневно позволяет сохранить полную (клинико-эндоскопическую) ремиссию в 80%, а при приеме через день – в 70% случаев у больных с ГЭРБ 0-й и I степени. При сопоставлении клинической эффективности различных режи-

мов поддерживающей терапии по формальным показателям, то есть рецидиву симптомов и, в первую очередь, изжоги, режим «по требованию» представляется малоэффективным – рецидив изжоги наблюдали у 100% больных. При детальном изучении количества дней с изжогой и ее интенсивности в каждой из групп также оказалось, что 1-й и 2-й режимы достоверно превосходят 3-й и 4-й уже к 3-му и 6-му месяцу наблюдения соответственно. Рецидив симптомов у больных III и IV групп свидетельствует о возвращении патогенетических факторов рефлюксной болезни, то есть о рецидиве заболевания. Указанное обстоятельство противоречит главной цели поддерживающей терапии – сохранению ремиссии. Следует отметить, что отношение к режиму приема препарата «по требованию» различное. Имеется точка зрения, что данный режим не является обоснованным вариантом поддерживающей терапии ГЭРБ (24). Другие авторы сообщают об одинаковой эффективности режима «по требованию» и ежедневного приема препарата в половинной дозе и выдвигают его на первое место (в основном за счет фармакоэкономических аспектов) (29).

При анализе качества жизни по данным ВАШ оказалось, что при использовании всех четырех режимов поддерживающей терапии сохраняется достоверное улучшение качества жизни пациентов, достигнутое после курсового лечения. Достоверного различия между группами, использовавшими различные режимы поддерживающей терапии, не обнаружено. У пациентов контрольной группы уровень качества жизни уже к 3 месяцу наблюдения достоверно не отличался от исходного.


Таким образом, режим приема препарата «по требованию» у больных неэрозивной рефлюксной болезнью может быть оправдан с позиций фармакоэкономических, поддержания достаточно высокого уровня качества жизни, но не с позиций патогенетических. Подобный вариант терапии может быть реко-

Современный этап терапии ГЭРБ характеризуется признанием необходимости проведения длительной (постоянной) поддерживающей терапии. Ее главные цели – сохранение клинико-эндоскопической ремиссии, поддержание высокого качества жизни пациентов и профилактика осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

мендован пациентам НЭРБ, с убеждением, относящимся к регулярному использованию препарата, либо неспособным соблюдать режим приема в силу различных обстоятельств. Другим основанием для сохранения режима «по требованию» в арсенале гастроэнтеролога является поддержание такого же

уровня качества жизни, как и после курсовой терапии. При появлении изжоги с частотой более двух раз в неделю использование данного варианта поддерживающей терапии должно быть пересмотрено с рекомендацией приема Омеза в дозе 20 мг через день или ежедневно.

Учитывая высокую распростра-

ненность заболевания, возможность его влияния на кардиологическую, бронхолегочную и другую патологию, знание особенностей клинической картины, диагностики и лечения ГЭРБ врачи общей практики способны улучшить результаты ведения терапевтических больных. 

Список литературы:

- Барер Г.М. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта. *Cathedra*. 2004. № 9. С. 58 – 61
- Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Сальман М.М. Болезни пищевода. Медицина, 1971. – 407 с.
- Иваников И.О., Исаков В.А., Маев И.В. Рациональная диагностика и терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // Тер. архив т. 76, №2, 2004, с.1-5.
- Иванова О.В., Исаков В.А., Морозов С.В. Болезни органов пищеварения. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. 2004. № 2 15–21.
- Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика и лечение. – М., Трида-Х, 2000. – 179 с.
- Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2003, 6, с 18-26.
- Калинин А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Методические указания. Москва 2004, С 37.
- Курилович С.А., Решетников В.О. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в западной Сибири. Новосибирск 2000.- С 165.
- Логинов А.Ф., Дзюба К.В., Пономарев А.Н. Оценка эффективности и безопасности монотерапии мотилаком диспепсии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Клинические перспективы гастроэнтерологии 2005, 4, с 31-35.
- Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2005 № 5 – 55-56 с.
- Масловский Л.В., Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А. и соавт. Париет в лечении эрозивного рефлюкс-эзофагита. // В кн.: Физиологические науки клинической гастроэнтерологии (материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием) Ессентуки, 2001, с.90-91.
- Масловский Л.В., Чугунникова Л.И., Минушкин О.Н. и соавт. Новые возможности диагностики неэрозивных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии (РЖГГК), 2005, №5, с.10.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Шулешова А.Г. Оценка эффективности Омеза в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. 2002, №5, приложение № 17. (материалы 8-ой Российской гастроэнтерологической недели), с.9.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Елизаветина Г.А. Париет в лечении ГЭРБ. В кн.: Материалы 2-й Объединенной Всеармейской и Всероссийской научной конференции. СПб, 2000, с. 59.
- Минушкин О.Н., Чугунникова Л.И., Масловский Л.В. и соавт. Диагностические возможности люминесцентной эндоскопии при эндоскопически негативной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // В кн.: Ошибки природы, цивилизации, медицины и болезни органов пищеварения. Перспективы гастроэнтерологии. (Труды 32-й конференции). Смоленск-Москва, 2004, с. 225.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Теплухина О.Ю. и соавт. Изучение эпидемиологических особенностей эрозивной и неэрозивной форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии (РЖГГК), 2005, № 5, с.11.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Аникина Н.Ю. и соавт. Оценка курсовой и поддерживающей терапии мотилаком больных ГЭРБ 0-1 степени. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии (РЖГГК), 2005, № 5, с.11.
- Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. М., Медкнига, 2000. – 122-132 с.
- Радев Д.В., Патогенез рефлюкс-эзофагита. М., Терапевтический архив.- 1992-№ 2-141с.
- Рощина Т.В. Супраэзофагеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии 2003 № 1 – 27-30 с.
- Руководство по гастроэнтерологии под редакцией Ф.И. Комарова и А.Л. Гребнева. Т. 1. Болезни пищевода и желудка. – М., Медицина, 1995.-671 с.
- Сорокин И.С., Виноградова М.А., Потеева М.А., Ширяевцев А.А. Дифференциальная диагностика изъязвлений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. II съезд гастроэнтерологов Л-М.-1978.-с.228.
- Ставраки Е.С., Морозов С.В., Исаков В.А. Распространенность изжоги в России. // Материалы 6 съезда научного общества гастроэнтерологов России. М. 2006, 290С.
- Старостин Б.Д. Спорные вопросы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2005, 5, с 15.
- Трухманов А.С. Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиций современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов. РМЖ. 2004. № 23. С. 1344 – 1348.
- Шептулин А.А., Трухманов А.С. Новое в диагностике и лечении ГЭРБ и ахалазии кардии. Терапевтический архив. – 1998.-№ 5.- 15-19 с.
- Calsson R., Dent J., Bolling-Sternevald E. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol*. 1998; 33; 1023-9.
- Cannon, R.O. Coronary flow reserve, esophageal motility and chest pain in patients with angiographically normal coronary arteries / R.O. Cannon, E.L. Cattau, P.N. Yarshe et al. // *Amer. J. Med.* 1990. № 88. С. 217.
- Cibor D.A. et al/ Optimal maintenance therapy in patients with NERD reporting mild reflux symptoms. // *Gut* 2005; 54 (Supl 7) A 112.
- Dent J., Brun J., Fendric A.M. et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop Report. *Gut* 1999; 44 (suppl.2):S1-16.
- DeMeester, T.R. DeMeester, L. Bonavina, C. Iacono et al Chronic respiratory symptoms and occult gastroesophageal reflux / T.R. // *Ann. Surg.* 1990. № 211. P. 337-345.
- El-Serag, H.B., Sonnenberg A. Comorbidity occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans // *Gastroenterology*. 1997. № 113. P. 755-760.
- Field, S.K. Prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in asthma / S.K. Field, M. Underwood, R. Brant, P. Cowie // *Chest*. 1996. № 109. P. 316-322.
- Hisao Tajiri, Masahiko Kobayashi, Kunihiko Izuishi et al. Fluorescence endoscopy in the gastrointestinal tract// *Digestive Endoscopy/-2000/-12 (suppl.)*. S 28-31.
- Hogan W.J. Spectrum of supraesophageal complication of gastroesophageal reflux disease. *Am. J. Med.* 1997 № 103 p. 77 – 83.
- Isakov V.A., Ganskaya Z.Y., Morozov S.V. et al. GERD incidence in population with high prevalence of H.pylori: preliminary results of 5 years study in single center. *Gut* 2005; 54 (Suppl V11) A 121.
- Richter J.E., Bradley L.A., Castell D.O. Esophageal chest pain: current controversies in pathogenesis, diagnosis and therapy. // *Ann Int Med.*, 1989; 110:66-78.
- Rothe, T.B., W. Karrer. Functional upper airway obstruction and chronic irritation of the larynx // *Eur. Respir. J.* 1998. № 11. P. 498-500.
- Shaheen N. Ransohoff DF.: Gastroesophageal reflux, barrett esophagus, and esophageal cancer: scientific review. *JAMA* 2002 Apr 17; 287 (15):1972-81.
- Sonnenberg A. El-Serag HB.: Clinical epidemiology and natural history of gastroesophageal reflux disease. *Yale J Biol Med* 1999 Mar-Jun; 72 (2-3):81-92.
- Swiatrowski, M., J. Budzynski, M. Klopoka et al. Suppression of gastric acid production may improve the course of angina pectoris and the results of treadmill stress test in patients with coronary artery disease // *Med. Sci. Monit.* 2004. № 9. CR524 – CR529.
- Takayasu H. Miwa T. Epidemiology of gastro-esophageal reflux disease. *Nippon Rinsho* 2000 Sep; 58 (9):1886-91.
- Toohill, R.J., M. Mizuno, S. Fujiki et al.. Role of refluxed acid in pathogenesis of laryngeal disorders *Am. J. Med* 1997. № 103, p. 100 – 106.
- Tsugeno, H. A proton – pump inhibitor, rabeprazole, improves ventilatory function in patients with asthma associated with gastroesophageal reflux. // *Scand. J. Gastroenterol.* 2003. № 5 p. 456 – 461.
- Vakil N., Zanten S., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastro-esophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. // *Amer. J. Gastroenterol.* 2006. № 88.p.1900-1920.