

*И. И. Гончарик*

## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

---

*В статье приведен современный взгляд на проблемы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.*

**Ключевые слова:** *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, лечение.*

*I. I. Gonczaryk*

## GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: TACTICA OF TREATMENT OF PATIENTS

*The paper presents a modern view of the problems of diagnosis and treatment of patients – with gastroesophageal reflux disease.*

**Key words:** *gastroesophageal reflux disease, diagnosis, treatment.*

---

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), как самостоятельная нозологическая единица, получила официальный статус в 1997 г на Международном конгрессе гастроэнтерологов и эндоскопистов в Генвале (Бельгия). С того времени термин «ГЭРБ» заменил существовавшие понятия «рефлюкс-эзофагит» и «рефлюксная болезнь».

Под ГЭРБ понимают хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное регулярно повторяющейся регургитацией в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящей к повреждению пищевода и появлению характерных симптомов: изжоги, кислой отрыжки, срыгивания, ретростернальных болей, дисфагии (3).

В настоящее время ГЭРБ является наиболее распространенной патологией среди заболеваний органов пищеварения. Считается, что около четверти населения земного шара имеют ее проявления. Не случайно она получила название «болезни XXI века» в силу чрезвычайной распространенности и поражения лиц различных возрастных групп. Рост заболеваемости аденокарциномой пищевода привел исследователей к выявлению цепочки патологических изменений: ГЭРБ – пищевод Баррета – аденокарцинома (4, 7).

Гастроэзофагеальный рефлюкс, с ретроградным перемещением содержимого желудка в нижний отдел пищевода, у здоровых людей представляет собой обычное явление и проходит незамеченным по несколько раз в день после приема пищи. Каким образом этот естественный феномен становится ГЭРБ до сих пор остается неясным.

Полагают, что механизмы патологического пищевого рефлюкса состоят в следующем: частота рефлюкса более 50 раз в день, а внутрипищеводное pH менее 4,0 на протяжении более 4 ч за сутки, снижение постоянного тонуса нижнего пищевода сфинктера, наличие диафрагмальной грыжи, которая, в свою очередь, приводит к фиброзу гладкомышечных волокон и укорочению пищеводной трубки, увеличение внутрибрюшного давления, неэффективный пищеводный клиренс, дуоденогастральный рефлюкс, ночной рефлюкс, повреждение тканевого барьера пищевода (4, 6, 7).

Внепищеводные проявления ГЭРБ – бронхопульмональные (кашель, бронхиальная астма, фиброз легких) и орофарингеальные заболевания (фарингит, синуситы, рецидивирующий средний отит) (12).

К наиболее характерным симптомам ГЭРБ относятся изжога, регургитация (кислая отрыжка, срыгивание), боли за грудиной и дисфагия, а наиболее распространенными осложнениями являются рефлюкс-эзофагит, стриктура пищевода, пищевод Баррета и аденокарцинома (3,7).

В международной классификации X пересмотра ГЭРБ отведена рубрика K21 с подразделами на ГЭРБ с эзофагитом (K 21.0) и без эзофагита (K 21.1).

В зависимости от характера повреждений слизистой оболочки пищевода принято различать две основные формы ГЭРБ:

1. Неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ), благоприятно текущая – негативная рефлюксная болезнь. Она наблюдается примерно в 60 % случаев ГЭРБ. При этой форме болезни эндоскопические проявления заболевания отсутствуют или имеет место катаральный рефлюкс-эзофагит.

2. Эрозивная рефлюксная болезнь (ЭРБ). Наблюдается примерно в 40 % случаев ГЭРБ. Диагноз ее устанавливают на основании типичной клинической картины рефлюкс-эзофагита и сопровождается она обнаружением при эндоскопическом исследовании эрозий или язв на поверхности слизистой оболочки пищевода, стриктуры пищевода, пищевода Баррета (12).

Диагноз ГЭРБ определяет эзофагогастродуоденоскопия и 24-часовое мониторирование pH пищевода и желудка. ЭГДС позволяет не только дифференциро-

вать форму ГЭРБ (НЭРБ или ЭРБ), но и дать представление о степени поражения слизистой оболочки пищевода (СОП) и выявить наличие осложнений данного заболевания (стриктуры пищевода, язвенные поражения слизистой оболочки, кровотечение из эрозий, язв, формирование пищевода Баррета). Пищевод Баррета определяют при эндоскопии – смещение Z-линии вверх на 1–2 см; участки розового цвета с неровными краями и выростами среди нормального бледного плоского эпителия; «языки» перемещения желудочного эпителия вверх; при протяженности метаплазированного эпителия более 8 см повышена опасность возникновения рака пищевода (8); верификация осуществляется при гистологическом исследовании биоптата – замещение многослойного эпителия пищевода цилиндрическим эпителием желудочного типа – цилиндрическая метаплазия с участками кишечной метаплазии (7, 8).

Суточная внутрипищеводная pH-метрия позволяет определить продолжительность эпизодов рефлюкса и проследить их связь с симптоматикой.

Лечение ГЭРБ направлено на уменьшение рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата и защиту СОП.

Разработаны эффективные рекомендации по режиму, диете и медикаментозной терапии, которые не всегда учитываются.

Пациентам необходимо после принятия пищи избегать наклонов вперед и не ложиться; спать с приподнятым головным концом кровати; не носить тесную одежду и тугие пояса, приводящие к повышению внутрибрюшного давления; избегать обильной еды и приема пищи на ночь; ограничить прием продуктов, усиливающих рефлюкс (жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые). Не курить!

Целесообразно снижение массы тела при ее избытке, по возможности отказ от приема лекарств, вызывающих рефлюкс: антихолинергические, спазмолитики, седативные, нитраты и др.

Рекомендации по медикаментозному лечению сформулированы на международном собрании экспертов-гастроэнтерологов, которое состоялось в г. Гштад (Швейцария). В Гштадских рекомендациях выделено 3 уровня оказания помощи пациентам при ГЭРБ: самопомощь (советы провизора), первичная медицинская помощь (врач общей практики) и вторичная специализированная помощь (гастроэнтеролог) (1, 2, 3).

Средствами скорой помощи при изжоге являются антациды и препараты алгиновой кислоты (5). Следует отметить, что их фармакологическое воздействие принципиально отличается.

В основе действия антацидов лежат химическая нейтрализация соляной кислоты, участие в адсорбции пепсина и желчных кислот, цитопротективное действие, которое связано с повышением содержания простагландинов в слизистой оболочке желудка, стимулирующей секреции бикарбонатов, увеличением выработки гликопротеинов желудочной слизи. Они способны предохранять эндотелий капилляров подслизистого слоя от повреждения агрессивными веществами, улучшать процессы регенерации эпителиальных клеток.

Все антацидные препараты принимаются через 1 ч после еды. Назначаются по 1 табл. или по 1 столовой ложке суспензии или пакетику 3–4 раза в сутки и перед сном.

Наиболее широко применяются невсасывающиеся антациды местного действия: маалокс, гастал, альмагель, ренни, содержащие гидроокись алюминия и магния, и фосфалюгель, в состав которого входит фосфат алюминия. Фосфалюгель вызывает более стабильный и долговременный кислотонейтрализующий эффект благодаря своей способности адсорбироваться на слизистой оболочке желудка.

При изжоге пациенты самостоятельно или по совету аптекаря принимают соду или жженую магнезию, которые относятся к всасывающимся антацидам, действуют быстро, всегда имеются под рукой и дешевы. Соду принимают по 1/3 чайной ложки, жженую магнезию по 0,5 г на прием.

Алгинаты (натуральные полисахаридные полимеры, выделенные из водорослей, содержащие алгиновую кислоту) при приеме внутрь быстро реагируют с соляной кислотой в просвете желудка, образуя алгинатный гелевый барьер на поверхности содержимого желудка, физически препятствующий возникновению гастроэзофагеального рефлюкса. По сути, они являются в первую очередь антирефлюксными препаратами. Одновременно алгинатам присущи также сорбционные свойства в отношении желчных кислот и лизолецина, что уменьшает риск развития и прогрессирования рефлюкс-гастрита. В свете изложенного алгинаты можно использовать как в качестве монотерапии, так и в комбинации с ингибиторами протонной помпы. Препараты: гавискон и гавискон форте; топалкан (топал), в состав последнего входит окись алюминия, гидрокарбонат магния, кремневый ангидрид и алгиновая кислота. Алгинаты назначают по 2–4 табл. 3–4 раза в день и на ночь.

Не достигнув необходимого эффекта от применения антацидов/алгинатов при лечении пациентов с ГЭРБ переходят на комбинированную терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП) и антацид/алгинатами. ИПП (омепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, рабепразол 20 мг) – класс самых сильных антисекреторных средств. Они являются «золотым стандартом» при лечении ГЭРБ. Вначале используют низкодозовые формы ИПП с применением препарата 1 раз в сутки от 4 до 8 нед. По истечении данного срока и отсутствии достижения полного клинического эффекта терапии рекомендуют прием ИПП в дозе 2 раза в сутки в течение 4 нед, после чего дозу уменьшают. Поддерживающая терапия в дальнейшем с ежедневным приемом 1 табл. ИПП (или половины ее) в течение 12 нед обеспечивает ремиссию у 90 % пациентов в течение года независимо от исходной тяжести эзофагита (7).

Следующим компонентом фармакотерапии ГЭРБ являются прокинетики (4). Средства этой группы оказывают лечебный эффект при нарушении моторики преимущественно верхних отделов пищеварительного тракта. Они обладают способностью усиливать антропилическую моторику, которая приводит к повышению тонуса нижнего пищевода сфинктера, уменьшению изжоги и более ускоренной эвакуации желудочного и дуоденального содержимого.

Из прокинетиков применяют метоклопрамид, домперидон (мотилиум) и итоприд. Предпочтение отдается итоприду в силу его большей эффективности и отсутствия побочных эффектов.

В отличие от домперидона (однонаправленного антагониста дофаминовых D2-рецепторов) центральный дофаминолитик итоприд имеет двойной механизм действия, являясь антагонистом D2-рецепторов, он одновременно активизирует высвобождение ацетилхолина. Последний эффект реализуется за счет ингибции ацетилхолинэстеразы. Такой двойной профиль прокинетического механизма действия делает итоприд более перспективным препаратом для лечения ГЭРБ. Его назначают по 50 мг 3 раза в день за 30 мин до приема пищи.

Повышение эффективности терапии ГЭРБ может быть достигнуто применением частичного агониста 5HT4-рецепторов тегасерода, который имеет доказанный прокинетический эффект на желудочно-кишечный тракт. Применение тегасерода в дозе 6 мг 2 раза в день вызвало значительное сокращение времени нахождения желудочного рефлюксата в пищеводе с повышением пищевода клиренса и уменьшением частоты расслаблений нижнего пищевода сфинктера (10).

Эрадикация *H.pylori* в желудке не приводит к ремиссии ГЭРБ и не позволяет предупредить ее рецидивы, поэтому принимать антихеликобактерные препараты не является необходимым в лечении ГЭРБ (6,7). Более того, длительная контаминация слизистой оболочки желудка *H.pylori* приводит со временем к развитию атрофического процесса и снижению кислотообразования в желудке, что существенно уменьшает вероятность развития ГЭРБ, пищевода Баррета и аденокарциномы пищевода.

Разработано хирургическое лечение ГЭРБ – лапароскопическая фундопликация, которая нередко сопровождается развитием дисфагии; летальность не превышает 1 %. Оптимально принятие решения об операции консилиумом, включающим гастроэнтеролога, хирурга, при необходимости кардиолога, пульмонолога, оториноларинголога, психиатра.

Показания к хирургическому вмешательству следующие (6):

- сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы ГЭРБ, несмотря на оптимальную терапию;
- отрицательное воздействие на качество жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами;
- наличие тяжелых осложнений ГЭРБ (пищевод Баррета, рефлюкс-эзофагит III или IV степени, язва пищевода, стриктура);
- ограничения качества жизни или наличие осложнений, связанных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Таким образом, понимание основных причин развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и наличие достаточно широкого спектра действенных лекарственных средств для ее купирования позволяют добиться успехов в лечении и улучшить качество жизни пациентов, и лишь изредка приходится прибегать к лапароскопической фундопликации.

### Литература

1. *Гастроэнтерология: национальное руководство* / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – М.: 2008. – 704 с.
2. *Клиническая фармакология: национальное руководство* / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепехина, В. И. Петрова. – М.: 2009. – 976 с.
3. *Лазебник, Л. Б., Бородин Д. С., Машарова А. А. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* – 2007. – № 5. – С. 4–10.
4. *Маев, И. В., Дичева Д. Г., Андреев Д. Н. и др. // Медицинский совет.* – 2014. – № 4. – С. 66–70.
5. *Пахомова, И. Г. // РМЖ.* – 2015. – № 21. – С. 1249–1252.
6. *Ткаченко, Е. И., Жигалова Т. Н., Орешко Л. С., Ситкин С. И. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* – 2015. – № 3. – С. 10–17.

7. *Щербина, М. Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.* – Киев. – 2013. – 116 с.
8. *Эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта. – Методические рекомендации* / СПб: 2006. – 178 с.
9. *Dent, J., Brun J., Fendric A. M. et al. // Gut.* – 1999. Vol. 44 (Suppl. 2). – S. 1–16.
10. *Kahrilas, J., Quigley E. M., Castell D. O., Spechler S. J. // Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2000. – Vol. 14. – P. 1503–1509.
11. *Tutgat, G. N., Mccol K., Task J. et al. // Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2008. – Vol. 27 (3). – P. 249–256.
12. *Vakil, N., van Zanden S. V., Kahrilas P. et al. // Am. J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 101. – P. 19–1920.

Поступила 17.06.2016 г.