

УДК 616.329 - 002.2 - 02 - 08

Стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у летчиков

И.В. Яцык

Военно-медицинский центр Военно-воздушных сил Украины, Винница

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, особенности лечения, летчики.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – распространенное заболевание. Его клинические симптомы выявляются у 20-40 % населения, а морфологические признаки – у 2-10 % лиц, подвергшихся эндоскопическому исследованию.

Спатофизиологической точки зрения ГЭРБ считается кислото-зависимым заболеванием, которое развивается на фоне первичного нарушения запирающей функции кардии.

В связи с достаточной распространенностью заболевания, XXI столетие было названо столетием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

ГЭРБ считается заболеванием не только распространенным, но и таким, что значительно ухудшает качество жизни и работоспособность людей. ГЭРБ затрудняет выполнение профессио-

нальных обязанностей, особенно в тех случаях, когда они связаны с высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения, необходимостью быстрой ориентации в пространстве и времени, с высоким темпом восприятия и переработки информации.

Осложнениями ГЭРБ считаются структуры пищевода, кровотечения из язв пищевода. Наиболее значимое осложнение ГЭРБ – пищевод Барретта, который включает в себя появление тонкокишечного метаплазированного эпителия в слизистой оболочке дистального отдела пищевода. Пищевод Барретта – предраковое состояние.

Быстро прогрессирующая дисфагия и уменьшение веса может указывать на развитие аденокарциномы. Однако, эти симптомы возникают лишь на последних стадиях заболевания, поэтому

клиническая диагностика рака пищевода, как правило, запаздывает. Очевидно, основным путем профилактики и ранней диагностики рака пищевода является своевременная диагностика и лечение ГЭРБ, пищевода Барретта.

Основными направлениями лечения ГЭРБ являются: нормализация образа жизни, нормализация функционирования нижнего пищеводного сфинктера, нейтрализация рефлюксата, улучшение клиренса и протективных свойств слизистой оболочки пищевода.

Под нормализацией образа жизни подразумевается режим питания, исключение с употреблением отдельных продуктов питания (шоколад, кофе, сладкие блюда), переедание, последний прием пищи за 3 часа до ночного сна, нормализация веса тела.

Для повышения тонуса ниж-

него пищеводного сфинктера и уменьшения времени контакта слизистой оболочки пищевода с рефлюксатом назначаются прокинетики препараты.

Для снижения агрессивности рефлюксата эффективно назначение антисекреторных, антацидных препаратов и урсодезоксихолевой кислоты.

С целью защиты слизистой оболочки пищевода от разрушительного действия рефлюксата и усиления ее резистентности необходимо использование препаратов с цитопротекторным действием — сукральфатов.

Согласно с результатами 33 рандомизированных исследований из 3000 пациентов, которые обратились к врачу по поводу ГЭРБ, уменьшение симптомов отмечено у 27 %, которые принимали плацебо, у 60 % - H_2 — блокаторы гистаминовых рецепторов, у 83 % - ингибиторы протонной помпы (ИПП).

Известно 5 поколений ИПП: омепразол, эзомепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол.

Фармакокинетические и фармакодинамические свойства рабепразола определяют его преимущества над другими препаратами этой группы. В условиях *in vitro* рабепразол полностью оказывал кислотоугнетающее действие уже через 5 минут, тогда как омепразол и лансопразол достигали такого же эффекта через 30 минут, а пантопразол еще позже. *In vivo* через 7-14 суток рабепразол в суточной дозе 20 мг снижал интрагастральную кислотность почти на 85 %. Преимущество рабепразола и в том, что слабо взаимодействует с системой с цитохромосистемой P450, благодаря чему не влияет на клинические и биохимические показатели крови, не повышает уровень гормонов и гастрин (омепразол повышает в 2-3 раза) даже при длительном приеме. Поэтому париет может быть препаратом выбора для эмпирической терапии больных на ГЭРБ, а также терапии «оп

demand» (по требованию).

У *H. pylori* — положительных пациентов рекомендуется проводить эрадикацию *H. pylori* согласно терапии первой линии (Маастрихтский консенсус — 2):

- ИПП в стандартной дозе;
- кларитромицин по 500 мг 2 раза в день;
- амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день.

Лечение должно проводится минимум 7 дней. Терапия второй линии (при неэффективности первой) имеет следующую комбинацию:

- ИПП в стандартной дозе;
- висмута субсалицилат по 120 мг 4 раза в день;
- метронидазол по 500 мг 3 раза в день;
- тетрациклин по 500 мг 4 раза в день.

Париет назначается в суточной дозе 20 мл.

С целью повышения давления в нижнем пищеводном сфинктере, улучшения клиренса пищевода и уменьшения внутрипищеводного давления используют прокинетики препараты. Преимущество отдают селективным прокинетику (мотилиум). Но селективность прокинетики препаратов не абсолютная. Поэтому, учитывая побочное действие их в виде экстрапирамидных нарушений, использование этой группы препаратов у летчиков ограничено.

Цель работы — разработать схему лечения ГЭРБ у летчиков (с учетом профессиональных особенностей).

Материал и методы исследования

Обследовано 100 пациентов с верифицированной ГЭРБ, в том числе 60 пилотов (основная группа) и 40 офицеров нелетного состава (группа сравнения) в возрасте от 25 до 45 лет, все мужчины, сопоставимые по возрасту, длительности анамнеза и тяжести проявления (по данным ФГДС) заболевания. Верификацию диаг-

ноза ГЭРБ проводили по общепринятым критериям: учету клинических симптомов, данных рН-метрии нижней трети пищевода, ФГДС, рентгеноскопии пищевода и желудка.

Высокоинформативным методом диагностики ГЭРБ, особенно эндоскопически негативной рефлюксной болезни (НЭРБ) является многочасовой рН-мониторинг. Чувствительность этого метода диагностики приближается к 100%, но поскольку данный метод диагностики не совсем доступным для всех лечебно-диагностических учреждений, что связано с финансово-экономическими трудностями, организационными моментами, иногда с категорическим отказом обследуемых через наличие некоторых ограничений в жизнедеятельности, то мы предлагаем использовать с этой целью межпищеварительную позиционную рН-метрию пищевода. Межпищеварительная позиционная рН-метрия пищевода проводилась больным через 2 часа после завтрака в положении тела с наклоном туловища вперед на 45° с экспозицией 15 минут (чувствительность этого метода около 95% при сопоставлении с суточным рН-мониторингом пищевода) (предыдущие исследования Головченко А.И., 1947 г.).

Лечение офицеров нелетного состава с ГЭРБ проводили с учетом выше описанных подходов.

Для нормализации функционирования нижнего пищеводного сфинктера у летчиков нами применялась методика преформированных физических факторов — это синусоидальные модулированные токи (СМТ), дециметровые волны (ДМВ).. Методы физической терапии ГЭРБ разрабатывались в ЦНИИКиФ и Одесском НИИ курортологии и физиотерапии (Мавродий В.М.).

Методика СМТ-терапии следующая: 3-4 род работы, по 10 минут, частота импульсов 30 Гц, глубина модуляций 100 %, дли-

тельность пауз 1-1,5 секунды, сила тока до восприятия четкой вибрации. При этом, две прокладки площадью 100 см² помещали на передне-боковых поверхностях грудной клетки, над проекцией реберной части диафрагмы в области 5 межреберья; две других — спереди в области проекции пищевода-желудочного перехода и сзади на проекцию сегментов T₄ — T₈. Процедуры проводили ежедневно, до 12 процедур на курс лечения. Использовали аппарат «Амплипульс-4».

ДМВ-терапию проводили на область проекции пищевода-желудочного перехода (нижняя треть грудины), в эпигастральной области и сзади на проекцию сегментов T₄ — T₈. На протяжении каждой процедуры мощность ДМВ увеличивали до ощущения легкого тепла, это отвечало уровню 3-4 положения переключателя мощности на аппарате «Волна-2» (около 25-30 Вт). Экспозиция на каждое поле по 15 минут, ежедневно до 12 процедур на курс лечения. Особенностью построения комплекса с назначением преформированных физических факторов является их последовательное использование без длительного часового промежутка — сначала СМТ, потом — ДМВ.

Использование антисекреторных препаратов и преформированных физических факторов позволило за относительно краткий промежуток времени (17-21 день) добиться исчезновения клинических проявлений болезни, а также улучшения или нормализации эндоскопической картины, способствовало достижению высокого процента (85 %) излечения больных и сохранения ремиссии.

Нами апробирована и разработана стратегия лечения ГЭРБ у летчиков.

В случае подтверждения НЭРБ для коррекции функционирования нижнего пищеводного сфинктера больному назначали СМТ-терапию на фоне модификации способа жизни, ограничений

в питании (исключение из рациона продуктов, которые усиливают рефлюкс (шоколад, кофе, сладкие блюда, переизбыток, жирная, жареная пища), нормализация веса, последний прием пищи за 3 часа до ночного сна, поднятие головного конца кровати, запрещение работы с наклоном туловища вперед до 2 часов после употребления пищи, курения, употребление алкоголя). При декомпенсации кислотонейтрализующей функции (рН меньше 3,0 единиц в антральном отделе желудка) и чрезмерной кислотообразующей функции желудка (рН меньше 1,5 единиц в теле желудка) больному дополнительно назначали рабепразол в суточной дозе 20 мг. По окончании физиотерапевтического лечения больному проводили повторно межпищеварительную, позиционную рН-метрию пищевода. При отсутствии признаков НЭРБ летчик признавался годным к полетам с последующим наблюдением врачом части в межкомиссионный период.

Очередная врачебно-летная экспертиза проводилась через 12 месяцев в условиях стационара. Данный диагноз мог быть снят в случае отсутствия признаков заболевания через 3 года.

В случае наличия у больного эзофагита без эрозии ему назначали ИПП (с учетом базальной секреции желудка), физические факторы — ДМВ и СМТ. Так, при рН в участке тела желудка в базальных условиях до 2,0 единиц назначали 20 мг рабепразола, при рН от 2,1 до 3,0 единиц — 10 мг рабепразола в суточной дозе. Через 3 недели лечения проводили диагностическую ФГДС, позиционную межпищеварительную рН-метрию пищевода. При положительной динамике — отсутствии эзофагита — больной продолжал прием ИПП в половинной дозе от предыдущей, а при уменьшении признаков воспаления пищевода назначали предыдущую дозу на протяжении месяца в амбулатор-

ных условиях. На этот период ему давали освобождение от полетов с выполнением других обязанностей военной службы сроком на 30 суток. В случае отсутствия динамики больному назначали ИПП в повышенных дозах кратким курсом с последующим лечением в амбулаторных условиях на протяжении месяца. На внеочередной врачебно-летной экспертизе при отсутствии жалоб, эндоскопических признаков болезни летчик признавался годным к выполнению летной работы.

При наличии эзофагита с эрозиями или изнуряющих симптомах больному сразу назначали рабепразол в суточной дозе 40 мг, а также лечение физическими факторами (ДМВ, СМТ). Если на контрольной ФГДС через 3 недели мы имели положительную динамику, то больной продолжал прием ИПП в оптимальных дозах в амбулаторных условиях на протяжении месяца с предоставлением отпуска по состоянию здоровья сроком на 30 суток. В случае отсутствия динамики мы продолжали назначение высоких доз ИПП кратким курсом с последующим приемом в амбулаторных условиях на протяжении месяца. В дальнейшем на внеочередной врачебно-летной экспертизе в случае отсутствия признаков заболевания летчик допускался к летной работе. При рецидиве симптомов необходимо внеочередная врачебно-летная экспертиза в стационарных условиях. Назначали ИПП в адекватных дозах (с учетом базальной секреции) на протяжении 2-3 месяцев, прокинетиические препараты и признавали непригодным к летной работе с последующим переосвидетельствованием через 12 месяцев. Если же при повторной врачебно-летной экспертизе сохранялись признаки тяжелого эзофагита, то больной мог быть признан ограниченно годным к военной службе. Назначалось длительное лечение (ИПП, прокинетиические препараты). В последующем тактика

лечения не отличалась от общепринятой.

При обнаружении эзофагита Барретта военный летчик признавался негодным к летной работе и ограниченно годным к военной службе. Программа лечения не отличалась от общепринятой.

Предложенный нами алгоритм лечения ГЭРБ у летчиков будет способствовать более быстрому получению клинико-эндоскопической ремиссии заболевания, предупредит в дальнейшем возникновение осложнений, что в целом приведет до экономии материальных ресурсов.

Литература

1. Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. — Киев: Интерфарма, 2000. — 175 с.
2. Шептулин А.А., Трухманов А.С. Новое в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ахалазии кардии. // *Клиническая медицина*. 1998. - №5 — 15-19 с.
3. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. «Болезни пищевода». Москва. Триада. 2000 — 179 с.
4. Мавродий В.М., Грубник В.В. Физиотерапия болезней органов пищеварения. Одесса, 1994. — 163 с.
5. Немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических больных (методическое пособие) (Мельник П.С., Марущак С.В., Головченко А.И. и др.) // Киев — Вишица, 1995. — 116 с.
6. Фадеев Г.Д. Маастрихтский консенсус — 2—2000. Как пользоваться рекомендациями практическому врачу. // *Сучасна гастроентерологія*. — 2001 - №1 — 29-32 с.
7. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Ивашкина Н.Ю. Эффективность нового ингибитора протонной помпы париета при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Рос. журнал гастроэнтерол. гепатолог; колопроктол.* — 2000 - №5 — 47-51 с.
8. Свініцький А.С., Дзета М.І., Шило Г.В. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба як актуальна проблема сучасної клінічної практики // *Український медичний часопис*. — 1999 - №25. 50-55 с.
9. Ofman J.J. Seonyoung Ryu, Jeff Borenstein. Identifying Patients with Health-Syst. -Pharm. — 2001 — Vol. 58. — P. 1607-1613.
10. Kaplan-Machlis B. / Spiegler G., Revicki D/ Health-related quality of life in primary care patients with gastroesophageal reflux disease // *Ann. Pharmacother.* — 1999. — Vol. 33 — P. 1032-1036.

Стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у летчиков

И.В.Яцык

Рассмотрены основные принципы лечения ГЭРБ у летчиков с учетом профессиональных особенностей, клинико-эндоскопических показателей, тяжести заболевания.

The strategy of the treatment gastroesophageal reflux disease in the pilots

I. V. Yatsik

It was showed the main principles of the treatment GERD in the pilots with consider of the professional peculiarities, clinico-endoscopical dates, heavy disease.