

УДК: 616.329+616.003.972+616-07+616-08

Современные методы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

И.Л. Кляритская, Ю.А. Мошко

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, лечение, Endo-Cinch, Stretta, Enteryx

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, причиной развития которого является патологический заброс (рефлюкс) содержимого желудка в пищевод.

В нормальных условиях в нижней трети пищевода pH составляет 6,0 (что регистрируется при пищеводной pH-метрии). О наличии рефлюкса свидетельствует значение pH < 4,0 (кислотный рефлюкс) или pH > 7,0 (щелочной, или желчный рефлюкс).

Гастроэзофагеальный рефлюкс возможен как физиологическое явление, его регистрируют у здоровых людей, преимущественно в дневное время после или между приемами пищи и значительно реже в ночное время (в горизонтальном положении). При физиологическом рефлюксе время, в

течение которого в пищеводе значение pH < 4,0, составляет не более 5% общего времени пищеводной pH-метрии.

ГЭРБ — одно из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы

В течение последних трех десятилетий частота случаев госпитализации и уровень смертности от рака желудка, желудочной и дуоденальной язвы снизились, а заболеваемость ГЭРБ и пищеводной аденокарциномой, а также смертность от последней — заметно возросли.

В некоторых регионах заболеваемость ГЭРБ достигла почти эпидемиологических размеров, что сопровождается соответствующим увеличением заболеваемости пищеводом Барретта.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в настоящее время

является основной причиной быстрого роста заболеваемости раком пищевода. Увеличение заболеваемости ГЭРБ отмечается преимущественно в развитых странах, в частности это самая распространенная патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта в странах Западной Европы. Ежедневные симптомы гастроэзофагеального рефлюкса испытывают от 4 до 7% населения.

Явления рефлюкс-эзофагита обнаруживаются у 6 — 12% всех пациентов, которым проводится эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Это составляет от 40 до 50% всех пациентов с клиническими симптомами ГЭРБ. В то же время язва или стриктура пищевода определяются менее чем у 5% всех пациентов с эрозивным эзофагитом. Аденокарцинома пи-

щевода приводит к 2 смертельным случаям на миллион населения в год.

Распространенность ГЭРБ значительно отличается в разных странах, и отражает не только частоту появления субъективной симптоматики, но и психологию популяции, и уровень развития медицины. В целом уровень заболеваемости варьирует от значений менее 1 % в Сенегале до уровня почти 23 % в Великобритании.

Распространенность ГЭРБ более высока у мужчин, а тяжесть поражения увеличивается с возрастом пациента. Умеренные формы ГЭРБ имеют тенденцию чаще встречаться у женщин, чем у мужчин, в то время как тяжелая ГЭРБ, характеризующаяся эрозивным эзофагитом, язвой или стриктурой пищевода, намного чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

Факторы развития ГЭРБ

В развитии ГЭРБ участвует комплекс патологических факторов:

- снижение функции антирефлюксного барьера: снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере, увеличение числа эпизодов его спонтанного расслабления
- снижение клиренса пищевода:
 - химического — вследствие уменьшения продукции нейтрализующих биологических жидкостей — слюны и бикарбонатов слизи
 - механического — вследствие снижения перистальтической активности и тонуса грудного отдела пищевода
 - агрессивные свойства рефлюксата:
 - желудочный сок, особенно при гиперсекреции соляной кислоты
 - щелочные жидкости — желчь, панкреатический сок
 - снижение тканевой резистентности пищевода: нарушение

ее функциональной и структурной целостности, кровоснабжения

Механизмы нарушения функции нижнего пищеводного сфинктера

Существуют три варианта нарушений функции НПС:

- снижение базального тонуса сфинктера
- увеличение количества спонтанных релаксаций сфинктера на фоне нормального базального давления
- деструктуризация сфинктера — нарушение его нормального строения при возникновении грыж пищеводного отверстия диафрагмы, возрастных дегенеративно-дистрофических изменениях.

Факторы, влияющие на степень повреждения пищевода при рефлюксе

Степень повреждения слизистой пищевода зависит от следующих факторов:

- от способности пищевода к самоочищению от рефлюксных масс
- от характера рефлюксных масс
- от степени устойчивости слизистой оболочки пищевода к повреждению

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может быть способствующим фактором в функциональных нарушениях НПС, так как сфинктер, перемещенный в грудную клетку, лишен такого вспомогательного фактора, как внутрибрюшное давление.

Агрессивные свойства рефлюксата

Главные составные части рефлюксата, поступающего в пищевод, это соляная кислота, желчь, пепсин, панкреатический и дуоденальный секрет. Все они обладают способностью разрушать биологические ткани. Особенно чувствительной к их воздействию оказывается слизистая оболочка пищевода, чьи защитные

механизмы направлены в большей степени на противоборство с физическим повреждением, чем агрессивным влиянием химической среды.

Гипотония нижнего пищеводного сфинктера

Стойкое снижение мышечного тонуса НПС или нарушение его структуры было зафиксировано при самых тяжелых формах рефлюксной болезни, таких как эзофагит III и IV степени или пищевод Барретта (V степень) (по классификации Savary — Miller), а также у пациентов с диафрагмальной грыжей.

Экзогенные факторы и тонус НПС

Некоторые пищевые продукты (чай, кофе, шоколад, пряности, алкоголь, газированные напитки) и лекарственные препараты (спазмолитики, эуфиллин, нитраты, антагонисты кальция) снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера и способствуют возникновению рефлюкса. (табл. 2)

Перистальтика пищевода

Если пищеводная перистальтика сохранена, то заброшенная в пищевод кислота быстро удаляется из него. Ночью, в положении лежа на спине, клиренс пищевых масс, заброшенных в пищевод, замедляется, и увеличивается время их контакта со слизистой оболочкой. Это явление наблюдается у большинства пациентов с тяжелой хронической рефлюксной болезнью.

Снижение клиренса пищевода увеличивает время контакта его слизистой с кислым содержимым, и способствует возникновению и прогрессированию ГЭРБ.

Уменьшение слюноотделения и концентрации бикарбонатов в слюне с возрастом на фоне курения и при хроническом течении

ГЭРБ так же приводят к замедлению пищевода клиренса.

Агрессивные свойства рефлюксата в наибольшей степени определяются значением его рН. При рН рефлюксата 4 и более повреждающее его действие значительно снижается.

Грыжа пищевода отверстия диафрагмы.

Одним из основных органических факторов этиологии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни сегодня является грыжа пищевода отверстия диафрагмы.

Грыжа пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) является широко распространенным заболеванием. Различают врожденные и приобретенные ГПОД.

Врожденные грыжи — весьма редкая патология, первое место среди них занимает врожденный короткий пищевод.

Приобретенные грыжи наиболее распространены среди лиц старше 40-50 лет.

Клиника ГЭРБ

В клинической диагностике ГЭРБ большое значение имеют жалобы пациента и анамнез заболевания. Типичными жалобами при ГЭРБ являются изжога, отрыжка, дисфагия, срыгивание.

Изжога

Изжога — чувство жжения за грудиной или у мечевидного отростка. Изжога возникает натощак или после сытной еды, употребления большого количества сладостей, пряностей или острых блюд. Курение, животные жиры, шоколад, кофе, томаты, цитрусовые, алкоголь так же могут провоцировать изжогу. Нередко этот симптом появляется в горизонтальном положении, при физической работе в согнутом положении, а также в период беременности.

Отрыжка

Другим характерным симптомом ГЭРБ является отрыжка —

непроизвольное выбрасывание воздуха в полость рта из пищевода и желудка. При срыгивании (регургитации) воздух находится в смеси с небольшим количеством желудочного содержимого. Нередко этот процесс сопровождается громким звуком. Отрыжке и срыгиванию, в отличие от рвоты, не предшествует тошнота.

Дисфагия

Дисфагия — ощущение затруднения при глотании пищи. Дисфагия после приема любой пищи более характерна для эзофагита, после жидкой — для функциональной патологии, а после твердой — для органического сужения просвета опухолью, стриктурой, стенозом.

Если изжога постепенно сменяется дисфагией у больного ГЭРБ, это является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о развитии стриктуры или рака пищевода на фоне эзофагита.

Болевой синдром

Боли за грудиной (ретростеральные) могут быть связаны как с эзофагитом, так и с иной патологией пищевода, а также других органов. Примерно у половины больных, имеющих не ишемическую боль за грудиной, она вызывается ГЭРБ. Боли при ГЭРБ имеют загрудинную локализацию. Интенсивность их варьирует от незначительной, с легким чувством саднения при прохождении пищи по пищеводу до весьма выраженной. Боль может иррадиировать в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки. Боли при глотании особенно резко выражены при остром эзофагите, но могут быть достаточно интенсивными и при хроническом эзофагите. Иногда пациенты отмечают дискомфорт в эпигастральной области.

Внепищеводные проявления ГЭРБ

Выделяют три группы атипичных внепищеводных проявлений ГЭРБ. В первую группу включены пациенты с атипичной некардиальной болью в груди, во вторую — лица, имеющие симптоматику бронхолегочной патологии, и третья группа включает пациентов с разнообразными жалобами со стороны ЛОР органов.

Кардиалгия

Установлено, что у 20 — 30% лиц, которым проводится коронароангиография по поводу загрудинной боли, никаких изменений со стороны коронарных артерий не выявляется. У этой группы лиц боль в груди классифицируется как экстракардиальная. У 40 — 50% этих пациентов был выявлен рефлюкс кислоты, с которым коррелировали эпизоды боли за грудиной, при проведении суточного мониторирования рН. В некоторых случаях ИБС и ГЭРБ могут сочетаться у одного пациента, что требует одновременного проведения холтеровского и рН мониторинга для проведения дифференциального диагноза между этими заболеваниями.

Бронхопульмональные симптомы

У больных, страдающих бронхиальной астмой, распространенность ГЭРБ, по данным разных источников достигает от 34 до 89%. Вероятно существование, по крайней мере, двух механизмов, определяющих взаимосвязь между ГЭРБ и астмой. Наиболее широко распространена гипотеза микроаспирации желудочного содержимого. Альтернативной является гипотеза существования вагус-опосредованного рефлюкса, посредством которого кислотный рефлюкс в нижние отделы пищевода приводит к бронхоспазму на основании общности вегетативной иннервации пищевода и бронхов.

К другим легочным проявлениям ГЭРБ относятся рецидиви-

рующие пневмонии и бронхиты.

Наиболее информативным методом диагностики легочных проявлений ГЭРБ является пищеводный рН мониторинг.

ЛОР-патология

Со стороны ЛОР органов возможно развитие следующих симптомов:

- дисфонии
- хронического кашля
- хронического фарингита
- хронического ларингита
- гранулем голосовых связок
- стеноза гортани или трахеи
- рака гортани
- хронических синуситов

К развитию поражения ЛОР органов при рефлюксной болезни предрасполагает снижение моторики пищевода и, следовательно, нарушение кислотного клиренса, а так же снижение тонуса верхнего пищеводного сфинктера, что приводит к попаданию рефлюксных масс в глотку. Наиболее чувствительным методом для выявления патологии ЛОР органов, связанной с ГЭРБ, является длительный пищеводный рН мониторинг с использованием двухзондовой системы — один зонд в гортаноглотке или ниже в области верхнего пищеводного сфинктера, другой — в области нижнего пищеводного сфинктера.

Наиболее эффективным методом лечения внепищеводных проявлений ГЭРБ является антисекреторная терапия с применением ингибиторов протонной помпы.

Осложнения ГЭРБ

К осложнениям ГЭРБ относятся:

- Стриктура пищевода — сужение пищевода вследствие воспаления и образования рубцовой ткани
 - Язва пищевода — глубокий дефект слизистой оболочки пищевода, возникающий под влиянием агрессивных компонентов желудочного сока
 - Кровотечение

- Пищевод Барретта

Диагностика ГЭРБ

Эндоскопия

В настоящее время эндоскопия — метод выбора при начальном клиническом обследовании при ГЭРБ, который позволяет объективно оценить состояние слизистой оболочки пищевода и определить наличие органического поражения пищевода.

Главное преимущество эндоскопии — возможность биопсии ткани. Раннее обнаружение злокачественного перерождения — дисплазии высокой степени или подтвержденного рака базируется на исследовании биоптатов.

Следует обратить внимание, что ГЭРБ включает в себя как эзофагит, так и клинические проявления гастроэзофагеального рефлюкса без эзофагита. Это чрезвычайно важное положение, позволяющее врачу использовать диагноз ГЭРБ в тех случаях, когда эндоскопическое исследование не выявляет патологии пищевода, но пациент имеет жалобы, характерные для данного заболевания.

ГЭРБ с эзофагитом надежно диагностируется в настоящее время эндоскопически. Эндоскопическое исследование позволяет оценить состояние слизистой оболочки пищевода (гиперемия, эрозия, язвы, опухоль), выявить недостаточность кардии, и уточнить ее степень, диагностировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазию и аномалии пищевода.

В зависимости от степени тяжести эзофагита при эндоскопии выявляют развивающиеся как правило, последовательно, следующие патологические явления:

- гиперемия слизистой
- эрозия
- язвы
- стриктуры пищевода

Характерным признаком воспалительного процесса является нивелирование или полное исчез-

новение Z-линии. Обычно это связано с гиперемией слизистой оболочки пищевода воспалительного характера, поскольку в норме слизистая пищевода выглядит бледнее слизистой желудка. Реже исчезновение Z-линии связано с метаплазией эпителия слизистой оболочки дистального отдела пищевода. При ГЭРБ гиперемия захватывает дистальный отдел пищевода.

При катаральном эзофагите слизистая оболочка пищевода ярко-красная, отечная, легко ранимая. Более тяжелые степени воспалительного процесса характеризуются развитием эрозивного процесса и формированием язвенных дефектов. В период ремиссии заболевания эрозивно-язвенных изменений обычно не обнаруживают, однако места бывших дефектов можно установить по характерным ярко гиперемизированным, блестящим, слегка углубленным участкам слизистой оболочки, чаще линейной или продолговатой формы.

Язвы пищевода при ГЭРБ обычно неглубокие, имеют размеры до 1 см. Дно покрыто белесоватым налетом. Вкрапления черного цвета указывают на имевшее место кровотечение, зеленого оттенка — на сочетание дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса. Вокруг язвы наблюдается гиперемия, отек слизистой оболочки, могут быть единичные эрозии. Иногда в краях язвы обнаруживаются очаги метаплазии. Заживление язвы пищевода продолжается от 1 до 3 мес. После рубцевания язвы остается линейный или звездчатый рубец, возможно формирование дивертикулоподобной трансформации стенки желудка и сужение просвета (стриктура) пищевода. Каллезные язвы заживают плохо.

Иногда при эндоскопии пищевода обнаруживают белесоватые пятна или налеты, которые являются лейкоплакией (очаги ороговевающего эпителия) или очагами грибкового поражения (канди-

дамикоз). Лейкоплакия считается фактором риска развития рака пищевода. Хронический эзофагит при сочетании с лейкоплакией трансформируется в рак пищевода в 1 - 5 % случаев.

Именно эндоскопическая картина пищевода лежит в основе классификации хронического эзофагита по степеням тяжести.

В настоящее время большинством гастроэнтерологов во всем мире используется модифицированная классификация эзофагитов Savary – Miller, которая оценивает степень выраженности воспалительного процесса слизистой оболочки пищевода, но особое внимание уделяется распространенности эрозий.

Классификация эзофагитов по Savary-Miller

I степень тяжести: одна или несколько изолированных овальных или линейных эрозий расположены только на одной продольной складке слизистой оболочки пищевода.

II степень тяжести: множественные эрозии, которые могут сливаться, и располагаться более чем на одной продольной складке, но не циркулярно.

III степень тяжести: эрозии расположены циркулярно (на воспаленной слизистой).

IV степень тяжести: хронические повреждения слизистой оболочки: одна или несколько язв, одна или несколько стриктур и / или короткий пищевод. Дополнительно могут быть или отсутствуют изменения, характерные для I - III степени тяжести эзофагита.

V степень тяжести: характеризуется наличием цилиндрического эпителия (эзофагита Барретта), продолжающегося от Z-линии, различной формы и протяженности. Возможно сочетание с любыми изменениями слизистой оболочки пищевода, характерными для I - IV степени тяжести эзофагита.

Рентгенологическое обследование

Рентгенологическое обследование пациентов с ГЭРБ в настоящее время практически не применяется. Сохранились некоторые показания, при которых этот метод используется как резервный по отношению к эндоскопии, например, при подозрении на умеренную стриктуру дистального отдела пищевода, которую легко проходит эндоскоп. Рентгеноконтрастное исследование может быть полезно, если есть необходимость в визуализации протяженности стриктуры, укорочении дистального отдела пищевода, объема большой диафрагмальной грыжи, а так же при наличии грубых морфологических изменений перед проведением оперативного вмешательства.

Манометрическое исследование пищевода

Методика проведения. Манометрическое исследование представляет собой метод оценки перистальтики и функции НПС внутрипищеводным манометром. Внутрипросветное давление в пищеводе может быть измерено водными перфузированными манометрическими блоками, связанными с внешним передатчиком давления. При этом многопросветный зонд вводится через полость рта в пищевод и перфузируется водой в медленном темпе через гидравлическую капиллярную диффузионную систему (Amdorfer Inc., Wisconsin, USA). Зонд состоит из множества каналов, каждый из которых открывается боком в просвет пищевода на различных уровнях. Три канала мультипросветного зонда помещаются в НПС, а три других проксимальных канала – в проксимальной, средней и дистальной части пищевода. Колебания давления в дистальном конце зонда регистрируются внешними датчиками.

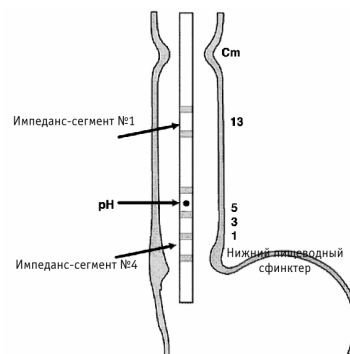
Для определения места распо-

ложения НПС и оценки его функции используется рентгеноскопия пищевода с применением контраста.

Позже была разработана методика проведения манометрического исследования с использованием многоканального тонкого зонда с твердым датчиком, который вводился через нос. 24-часовое мониторирование типа Holter с PC Polygraph (Medtronic Synetics, Minnesota, USA) включает проведение большого количества измерений с последующей компьютерной обработкой данных.

Манометрическое исследование позволяет оценить профиль давления сфинктерной зоны, частоту спонтанных релаксаций НПС

Рис. 1
Внутрипищеводная зондовая рН-метрия и тонометрия



и их продолжительность, адекватность сокращения и расслабления НПС в ходе акта глотания. Глотание вызывает расслабление НПС продолжительностью 4,1 с (диапазон 3,0 – 5,4 с) с самым низким давлением при расслаблении 1,0 (диапазон $\pm 0,2$).

Так же возможна оценка перистальтики тела пищевода.

Нарушения первичной и вторичной перистальтики определяются у всех больных ГЭРБ, особенно в тех случаях, когда показано оперативное лечение.

Показания к проведению ма-

нометрического исследования:

1) в плане предоперационного обследования для выявления дефектов перистальтики, которые могут быть возможной причиной дисфагии после фундопликации. Хирург должен принимать это во внимание при выборе хирургической тактики;

2) Для установления причины неудачи кислото-подавляющего лечения, решения вопроса о дополнительном назначении прокинетики, исключение неспецифических нарушений моторики пищевода, ахалазии кардии.

Давление менее 10 мм рт.ст. указывает на высокую вероятность развития рефлюкса у данного пациента. Необходимо иметь в виду, что низкие значения внутрипищеводного pH часто встречаются и у здоровых лиц.

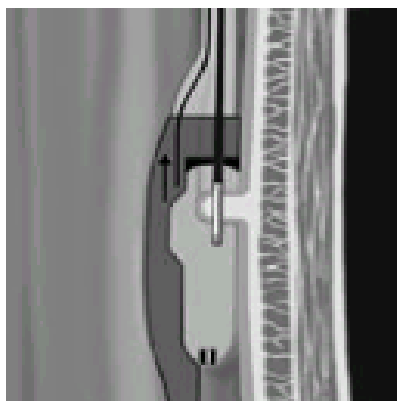
Пищеводный pH-мониторинг

Пищеводный pH мониторинг (Рис. 1) выявляет эпизоды спонтанного рефлюкса, их продолжительность и непосредственно определяет степень закисления пищеводного содержимого, т.е. определяет кислотную нагрузку на пищевод, что является фундаментальным фактором патогенеза ГЭРБ. Поэтому pH мониторинг признан «золотым стандартом» в диагностике рефлюксных заболеваний. В настоящее время проводится непрерывное 24-х часовое мониторирование pH в просвете пищевода с использованием системы Holter (типа Biostar, Landhill Scientific, Colorado USA).

Новым направлением в исследовании внутрипищеводного pH является система Bravo. (Рис. 2)

Она представляет собой капсулу, способную определять внутрипищеводное pH и передавать результаты измерений по радио на приёмник, укрепленный на теле больного. Ход исследования состоит из эндоскопического введения капсулы Bravo на уровень выше Z-линии и приложения ва-

Капсула Bravo, укрепленная на стенке пищевода



куума через канал эндоскопа. В результате происходит присасывание капсулы к слизистой оболочке пищевода. Таким образом, капсула прочно закрепляется в указанном месте и может удерживаться в течение суток и более (до трёх суток). Передаваемые данные записываются носимым рекордером на протяжении суток, а затем анализируются при помощи компьютера. Важным преимуществом системы Bravo является отсутствие зонда, что существенно облегчает проведение процедуры для пациента, и повышает её точность.

Оценка показателей суточного мониторирования pH

Результаты 24-часовой внутрипищеводной pH-метрии оценивают по следующим показателям:

- общее время, в течение которого pH принимает значения менее 4 единиц;
- то же, при вертикальном положении тела пациента;
- то же, при горизонтальном положении тела пациента;
- общее число рефлюксов за сутки;
- число рефлюксов, продолжительностью более 5 мин;
- длительность наиболее продолжительного рефлюкса
- индекс симптома — отно-

Рис 2.

шение числа симптомов, возникающих при $\text{pH} < 4$ к общему числу симптомов, выраженного в процентах, что позволяет установить корреляцию симптома с рефлюксом, а также подтвердить наличие ГЭРБ при нормальных значениях pH.

Нормальные значения этих показателей приведены в таблице 1.

Забросы кислого желудочного содержимого возникают и у здоровых людей (физиологические рефлюксы). Они отличаются тем, что возникают преимущественно после приема пищи, имеют небольшую продолжительность, редко сопровождаются клиническими симптомами. Рефлюксы у здоровых людей не возникают во время сна.

При оценке результатов 24-часовой pH-метрии пищевода следует учитывать, что от 15 до 30% больных с эндоскопически подтвержденным эзофагитом и от 5 до 15% больных с положительным индексом симптома имеют нормальные показатели внутрипищеводного pH.

Тест Бернштейна-Бейкера

Сущность этого метода диагностики эзофагита состоит в том, что пищевод орошают через зонд 0,1N раствором соляной кислоты. При наличии воспалительных и эрозивно-язвенных изменений в слизистой оболочке пищевода у больного появляется болевой синдром, локализованный за грудной. По некоторым данным, этот тест может быть положительным при отсутствии видимых эндоскопических изменений слизистой.

Щелочной тест

Прием антацидов, прежде всего, всасывающихся, приводит к быстрому купированию изжоги и болевого синдрома при эзофагите, что косвенно свидетельствует о наличии ГЭРБ.

Лечение ГЭРБ

Цели терапии ГЭРБ состоят в том, чтобы излечить повреждения слизистой оболочки, эффективно устранить клиническую симптоматику, предотвратить рецидивы и осложнения и улучшить качество жизни пациентов.

В идеале терапия должна достигнуть всех этих желаемых результатов, не вызывая побочных эффектов и используя простые режимы дозирования.

Модификация стиля жизни

В качестве первого шага при лечении пациентов с ГЭРБ неизменно пропагандируется модификация образа жизни:

возвышенное положение изголовья кровати

- снижение веса
- отказ от курения
- уменьшение употребления

алкоголя, жиров, кофе, шоколада, газированных напитков и других продуктов

- ограничение приема лекарственных препаратов, влияющих на тонус НПС (холинолитики, бета-блокаторы, антагонисты Са-

чается после приема пищи (в постпрандиальный период), и возвышение изголовья кровати не окажет на них никакого влияния. Не доказано положительного влияния на течение ГЭРБ похудения (у лиц, страдающих ожирением), и отказа от курения. Прекращение приема пищевых продуктов и напитков, которые способствуют возникновению рефлюкса, не имеет никакой ценности для излечения эзофагита, но, по наблюдениям, улучшает клиническое течение, хотя научных данных, подтверждающих этот факт, нет.

Кроме того, давая рекомендации по модификации образа жизни, необходимо учитывать, что это ухудшает качество жизни пациентов, и многие из них будут не в состоянии выполнить эти рекомендации.

Фармакотерапия ГЭРБ

В настоящее время четко разработана иерархия эффективности среди доступных медикаментозных препаратов. Антациды и альгинаты занимают наиболее низкую ступень, H₂-блокаторы и

оптимумы для пепсина, который вероятно играет главную каталитическую роль в повреждении слизистой оболочки и, кроме того, в прогрессировании болезни.

Антациды и альгинаты

Антациды показаны для эпизодического приема при эндоскопически негативной ГЭРБ с редкими симптомами, когда достаточно приема антацидов «по требованию».

Альгинаты создают пену на поверхности содержимого желудка. При рефлюксе они забрасываются в пищевод, оказывая лечебное воздействие. Лечебное действие альгинатов двояко: во-первых, за счет содержания антацидов они обладают кислотонейтрализующим действием, а во-вторых, попадая в пищевод, они образуют защитную пленку, предохраняющую слизистую пищевода.

Прокинетики

При гипотонии НПС, пониженной сократительной функции пищевода, замедленной эвакуаторной функции желудка рекомендуется назначение прокинетикических препаратов: метоклопрамид, (церукал), домперидон (мотилиум), цизаприд (координакс) Антисекреторная терапия.

Несмотря на то, что ГЭРБ является, прежде всего, следствием нарушений моторики, основным патогенетическим механизмом, несомненно, является длительное разрушающее действие кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода. Поскольку существующие прокинетикические препараты недостаточно эффективны, основным направлением в лечении ГЭРБ является антисекреторная терапия. Существует прямая корреляция между продолжительностью и выраженностью антисекреторных эффектов различных антисекреторных средств и скоростью заживления эзофагита. Для заживления повреждений слизистой оболочки пищевода при ГЭРБ

Табл. 1
Нормальные показатели результатов 24-часовой рН-метрии: кислотные рефлюксы (по DeMeester, 1993)

Показатель	Среднее	min	max
Общее время pH < 4,0; %	1,5	0	6
Общее число рефлюксов	19	2	56
Число рефлюксов продолжительностью более 5 мин	0,8	0	5
Наиболее продолжительный рефлюкс, мин	6,7	0	46

каналов, теофиллин, спазмолитики, нитраты и другие)

Эти мероприятия имеют вспомогательный характер! Медикаментозная терапия необходима!

Возвышение головного конца кровати может уменьшить явления рефлюкса у пациентов с ночными симптомами или с тяжелым эзофагитом. Большинство эпизодов рефлюкса как у здоровых лиц, так и у пациентов с ГЭРБ, встре-

цизаприд – промежуточную, и ИПП – наиболее эффективные.

Состав, дозировка и график приема лекарственных средств вырабатываются исходя из понимания того, что чем дольше период времени, в течение которого достигается повышение рН в пищеводе, тем лучше результаты лечения. Аналогично, чем выше уровень достигнутого рН, тем лучше результаты. При этом учитывается кинетика секреции и рН

необходимо поддержание внутрижелудочного pH > 4 не менее 18 часов в сутки.

Ингибиторы протонной помпы

Наиболее эффективными средствами для лечения кислото-зависимых заболеваний являются ингибиторы протонной помпы. Механизм действия ИПП принципиально отличается от такового у антисекреторных препаратов других групп: холинолитиков и H₂-блокаторов. ИПП действуют не на рецепторы, а на фермент H⁺ - K⁺ АТФазу, находящийся на мембране секреторных канальцев париетальной клетки. Ингибируя его, они прерывают последнюю стадию секреции ионов H⁺ в просвет желудка. Благодаря этому ИПП избавлены от многих недостатков H₂-блокаторов, таких как: невозможность эффективно блокировать секрецию на протяжении длительного времени, феномен «усталости рецепторов», снижение антисекреторного действия во времени, «синдром отмены», «постуральный кислотный прорыв». Все ИПП представляют собой слабые основания, что предопределяет их накопление в зонах с низким значением pH (в организме человека это исключительно секреторные канальцы париетальных клеток), в кислой среде они превращаются в активную субстанцию — сульфонамид, который затем реагирует с молекулами цистеина H⁺ - K⁺ АТФазы, образуя ковалентную связь, в результате чего активность фермента необратимо блокируется. Это объясняет почему антисекреторный эффект этих препаратов продолжается значительный период времени после снижения их концентрации в плазме крови.

Сегодня известны пять поколений ИПП: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол. Механизм действия различных представителей класса ИПП одинаков, различия относятся в основном к фармакокине-

тике и фармакодинамике.

Следует отметить, что ингибиторы протонной помпы имеют уникальный профиль безопасности. Почти двадцатилетний опыт применения омепразола создал ему репутацию одного из самых безопасных препаратов в мире. При применении ИПП не было зафиксировано никаких тяжелых побочных эффектов, не было отмечено развитие толерантности ни для одного лекарственного препарата.

Таким образом, ИПП:

- обеспечивают более быструю и полную ликвидацию симптоматики по сравнению с H₂-блокаторами
- обеспечивают скорейшее заживление эрозий пищевода
- предотвращают рецидив у большего числа больных
- улучшают качество жизни.

Схемы медикаментозного лечения ГЭРБ в стадии обострения

В зависимости от степени тяжести ГЭРБ применяются различные схемы лечения: «Step-up» или «Step-down» терапия.

Step-up - терапия

При эндоскопически негативной ГЭРБ или при незначительных изменениях в пищеводе — степень А и В по Лос-анджелесской классификации и степень I по классификации Savary-Miller, возможно применение «Step-up» терапии.

При этом первоначально рекомендуется:

1. модификация образа жизни и эпизодический прием антацидов
2. при неэффективности 1-й схемы — H₂-блокаторы в средних терапевтических дозах или цизаприд по 10 мг 4 раза в день
3. при отсутствии результатов от применения второй схемы — ИПП в средних терапевтических дозах, предпочтительно — Париет 20 мг 2 раза в день.

Step-down – терапия

При ГЭРБ с тяжелым эзофагитом (степень С и D, Лос-Анд-

желес или степень IV по Savary-Miller) и при атипичных формах ГЭРБ применяется схема «поэтапно снижающейся» терапии («Step-down» treatment).

При этом лечение начинают с ингибиторов протонной помпы в средних дозах, а при атипичных симптомах ГЭРБ или пищеводе Барретта — с ИПП в двойных дозах, а затем, после достижения клинического эффекта и заживления слизистой оболочки, снижают дозу до минимально возможной поддерживающей, которая обеспечивает купирование симптоматики, и больных постепенно переводят на прием H₂-блокаторов или прокинетики.

Поддерживающая терапия ГЭРБ

Наиболее эффективной на сегодняшний день признана противорецидивная терапия блокаторами протонной помпы.

Показания к оперативному лечению ГЭРБ

Спектр показаний к хирургическому лечению ГЭРБ в настоящее время непрерывно расширяется. Это связано с развитием новых малоинвазивных, прежде всего эндоскопических методов лечения этого заболевания. В целом главными показаниями к операции являются следующие:

- неэффективность консервативной терапии

Рис. 3

Лапароскопическая фундопликация

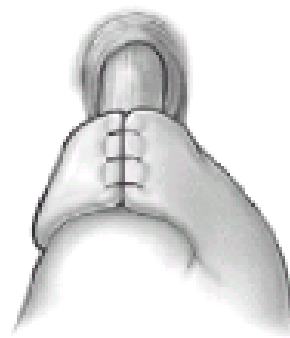


Схема медикаментозной терапии ГЭРБ по В.Т. Ивашкину (2003 г)

Курсовое лечение эзофагита 4-12 недель	Поддерживающее лечение рефлюкс-эзофагита 26-52 недели	Терапия эндоскопически негативной рефлюксной болезни
■ Антацидные препараты и альгинаты — имеют вспомогательное значение	■ Антацидные препараты и альгинаты	■ Антацидные препараты и альгинаты
■ Прокинетики — домперидон 20-40 мг/сут	■ Прокинетики — домперидон 20-40 мг/сут	■ Прокинетики — домперидон 20-40 мг/сут
■ Блокаторы H ₂ -рецепторов гистамина: ранитидин 300 мг/сут, фамотидин 40 мг/сут	■ Блокаторы H ₂ -рецепторов гистамина: ранитидин 150-300 мг/сут, фамотидин 20-40 мг/сут	■ Блокаторы H ₂ -рецепторов гистамина: ранитидин 300 мг/сут, фамотидин 40 мг/сут
■ Ингибиторы протонной помпы — самые эффективные препараты для лечения ГЭРБ: омепразол 20-40 мг/сут, лансопразол 30-60 мг/сут, рабепразол 20 мг/сут, эзомепразол 40 мг/сут	■ Ингибиторы протонной помпы — самые эффективные препараты для поддерживающей терапии ГЭРБ: омепразол 10-20 мг/сут, лансопразол 15-30 мг/сут, рабепразол 10 мг/сут, эзомепразол 20 мг/сут	■ Ингибиторы протонной помпы — самые эффективные препараты для лечения ГЭРБ: омепразол 20 мг/сут, лансопразол 30 мг/сут, рабепразол 10-20 мг/сут, эзомепразол 20 мг/сут в режиме по требованию

- развитие осложнений ГЭРБ
- непереносимость основных фармакологических средств, применяемых для лечения ГЭРБ
- желание больного радикально излечиться от ГЭРБ

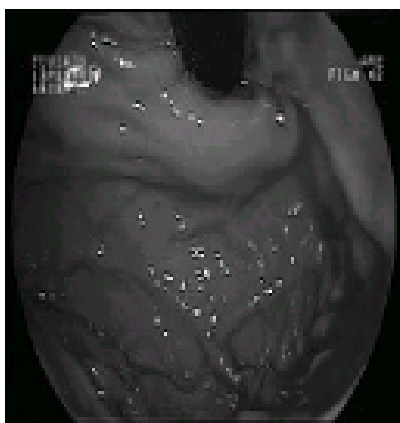
Эндоскопические методы лечения ГЭРБ

Лапароскопическая фундопликация

Наиболее распространённой на сегодняшний день эндохирургической операцией, позволяющей устранить причину ГЭРБ — гастроэзофагеальный рефлюкс, является лапароскопическая фундопликация по Ниссену (рис. 3) или

Рис. 4

Складка, сформированная при транспрозрачной гастропликации



в других модификациях. Сущность её состоит в том, что дном желудка оборачивают абдоминальный сегмент пищевода, формируя таким образом, новый, более мощный клапан пищеводно-желудочного соединения. В США ежегодно производят более 30 000 операций эндоскопической фундопликации. В целом результаты таких вмешательств можно расценивать как удовлетворительные, хотя излечение ГЭРБ наступает далеко не всегда, и до 30% больных вынуждены после операции продолжать приём лекарственных препаратов.

Транспрозрачная гастропликация

Эндоскопической операцией при ГЭРБ, не требующей проведения лапароскопии, является транспрозрачная гастропликация. Она заключается в формировании складки слизистой оболочки чуть выше пищеводно-желудочного соединения. Это приводит к улучшению замыкательной функции кардии. (Рис.4).

Технология Endo-Cinch

Близкой к методу транспрозрачной гастропликации является технология BARD Endo-Cinch (Эндо-Синт). Её отличает то, что

складка формируется в зоне кардии при помощи специальной прищипки, которая вводится через эндоскоп (Рис. 5). Затем при помощи специальных инструментов на эту складку накладываются швы. Эндо-Синт отличается низкой травматичностью и высокой эффективностью.

Технология Enteryx

Одной из наименее инвазивных методик лечения ГЭРБ является технология Enteryx (Рис 6).

Технология Enteryx состоит в том, что в район над уровнем Z-линии циркулярно производятся множественные инъекции специального полимера, который вводится в область подслизистой. Это вещество быстро застывает, формируя супракардиальное сужение

Рис. 6

Инъекция в подслизистую пищевода. Enteryx

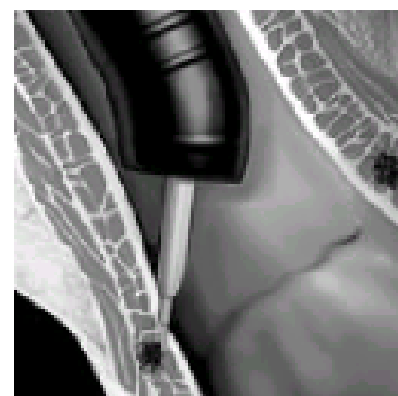


Рис. 7
Зонд Stretta с надутым баллоном в просвете пищевода



пищевода, способствующее прекращению патологического рефлюкса из желудка в пищевод.

Технология Stretta

Катетер Stretta проводится на 1 см проксимальнее Z-линии. Корзинка с баллоном надувается до диаметра пищеводно-желудочного соединения и 4 маленьких игольчатых электрода вводятся в пищевод. Выделяется напряжение высокой частоты на протяжении 60 секунд. Катетер Stretta однократного использования сочетает подачу ВЧ напряжения с промывкой холодной водой. Кончик катетера изготовлен в комбинации с проволочным проводником, что облегчает его введение. Корзинка содержит игольчатые электроды, отверстия для ирригации водой и для её отсасывания, а также дат-

чики температуры и импеданса. Процедура продолжается в целом 14 минут, что приводит к увеличению объема мускулатуры пищевода и прерывает нервные пути в пределах кардии, что приводит к снижению частоты расслаблений нижнего пищеводного сфинктера. Отложение коллагена в мышце приводит к её сокращению. Коллагеновые депозиты сужают просвет пищевода. Это приводит к значительному снижению частоты расслаблений нижнего пищеводного сфинктера.

Таким образом, можно сказать, что разработка новых методов консервативного, оперативно и эндоскопического лечения ГЭРБ является в настоящее время одной из наиболее быстро развивающихся отраслей гастроэнтерологии.

Сучасні методи діагностики і лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

І.Л. Кляритська, Ю.О. Мошко

У статті розглянуті сучасні методи діагностики та лікування ГЕРХ. Велика увага приділена новітнім методам ендоскопічного лікування ГЕРХ.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, лікування, Endo-Cinch, Stretta, Enteryx.

Modern methods of diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease

I.L. Klyaritskaya, Y.A. Moshko

The article regards modern methods of diagnosis and treatment of GERD. Great attention has been devoted to new endosurgical GERD treatment methods.

Key words: gastroesophageal reflux disease, treatment, Endo-Cinch, Stretta, Enteryx.