

# **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ)**

**Кашкина Е.И., проф., д.м.н.  
Саратовский медицинский  
университет**

# Диагностика

**В большинстве случаев ГЭРБ может быть диагностирована на основании наличия типичных клинических проявлений. Однако для ее верификации требуется проведение эндоскопического исследования. При эндоскопически позитивной ГЭРБ выявляются гиперемия и отек слизистой оболочки пищевода, ее эрозии и язвы.**

**Для рефлюкс-эзофагита при эндоскопически негативной ГЭРБ характерно отсутствие эндоскопических признаков.**

**Эндоскопическое исследование должно сопровождаться проведением прицельной биопсии слизистой оболочки пищевода с дальнейшим гистологическим исследованием биоптата. При выявлении пищевода Баррета гистохимически удастся обнаружить, что эта патология является истинной метаплазией, а не просто попаданием клеток слизистой оболочки желудка в пищевод.**

**24-часовое интраэзофагеальное рН-мониторирование является наиболее чувствительным и специфическим тестом для диагностики ГЭРБ и рассматривается как "золотой стандарт". Это исследование позволяет получить достоверную количественную информацию о степени ацидификации пищевода и сопоставить эпизоды рефлюкса с теми или иными воздействиями на пациента (прием лекарств, курение и др.). Однако его проведение необязательно при наличии характерных клинических признаков ГЭРБ.**

**Более доступным методом диагностики ГЭРБ является ее верификация при помощи зондирования с использованием метиленового синего. Больному через тонкий желудочный зонд в желудок вводится краситель (3 капли 2% раствора на 300 мл кипяченой воды), далее зонд промывают физиологическим раствором и подтягивают чуть проксимальнее кардии и шприцем отсасывают содержимое пищевода. Проба считается положительной при окрашивании содержимого пищевода в синий цвет.**

# **Дифференциальная диагностика**

**Учитывая особенности клинической картины ГЭРБ, данное заболевание должно быть включено в круг дифференциально-диагностического поиска при наличии у больного кардиалгий, желудочно-кишечного кровотечения, бронхообструктивного синдрома.**

**Кроме того, необходимо проводить дифференциальную диагностику между ГЭРБ и функциональной диспепсией, сопровождающей хронический гастрит.**

**Хронический гастрит с синдромом диспепсии - это заболевание, характеризующееся наличием симптомов желудочной диспепсии, сочетающихся с воспалительными и дистрофическими изменениями слизистой оболочки желудка с нарушением процессов клеточной регенерации. В зависимости от преобладания в клинической картине заболевания тех или иных симптомов выделяют: язвенноподобный, дискинетический и неспецифический типы неязвенной диспепсии.**

**Рефлюксоподобный тип диспепсии, для которого характерны изжога, жгучие боли в области мечевидного отростка грудины, в настоящее время, считают начальной стадией ГЭРБ. Основное значение в развитии неязвенной диспепсии при хроническом гастрите имеет нарушение моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Наличие у больных клинических признаков диспепсии, в отличие от тех лиц, у которых ее симптомы не обнаруживаются, характеризуется замедлением эвакуации из желудка, развитием антральной гипокинезии, нарушением перистальтической активности желудка, изменением его способности к аккомодации.**



**В отличие от ГЭРБ, при которой ведущим клиническим признаком является диспепсия, для хронического гастрита более характерны боль и нарушения моторики. В ряде случаев боль может отсутствовать и тогда ее эквивалентом служит дискомфорт в эпигастральной области. Боль или дискомфорт подложечной области чаще имеют распространенный характер, носят периодический или постоянный характер. Для дискинетического синдрома характерны чувство переполнения после еды в эпигастрии, раннее насыщение, тошнота, рвота, отрыжка.**

**Хронический гастрит с синдромом диспепсии диагностируется на основании исключения других заболеваний органов пищеварения, которое базируется на данных лабораторно-инструментальных методов исследования. Основными методами обследования больного с диспепсическими симптомами являются: общий анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой желудка для гистологического ее изучения или выявления *Helicobacter Piloni*.**

# Лечение

Лечение ГЭРБ должно быть направлено на уменьшение рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса и защиту слизистой оболочки пищевода.

Залогом успешного лечения является изменение стиля жизни пациентов. Необходимо исключить курение, поскольку оно снижает тонус нижнего пищеводного сфинктера, замедляет пищеводный клиренс и тем самым увеличивает продолжительность контакта слизистой нижней части пищевода с кислотой.

При наличии ожирения усилия должны быть направлены на снижение массы тела.

**Для уменьшения выраженности рефлюкса следует поднимать головной конец кровати, причем приподнятой должна оказаться вся верхняя часть тела. Необходимо помнить, что приподнимать лишь голову нецелесообразно, так как это приведет к повышению внутрибрюшного давления и усугублению рефлюкса.**

**Следует объяснить пациентам, что, по возможности, они должны избегать приема лекарственных средств, оказывающих отрицательный эффект на моторику пищевода и тонус нижнего пищеводного сфинктера (пролонгированные нитраты, антагонисты кальция, теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, а также вызывающих воспаления слизистой оболочки (нестероидные противовоспалительные препараты, доксициклин, хинидин)).**

**Базисное медикаментозное лечение ГЭРБ включает использование прокинетических препаратов как в виде монотерапии, так и в сочетании с антисекреторными средствами.**

**Прокинетики эффективны как в плане купирования клинической симптоматики, так и устранения воспалительных изменений слизистой пищевода. Прокинетики, применяющиеся для лечения ГЭРБ, включают домперидон (мотилиум) и цизаприд (координакс).**

**Домперидон оказывает блокирующее действие на периферические дофаминовые рецепторы желудка и двенадцатиперстной кишки. Он повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, стимулирует сократительную способность желудка и препятствует его релаксации, улучшает гастродуоденальную координацию, предупреждая дуоденально-гастральный рефлюкс. Противопоказаниями к его использованию являются гиперчувствительность, пролактин-секретирующая опухоль гипофиза, желудочно-кишечное кровотечение, механическая обструкция или перфорация желудка.**

**Цизаприд, в отличие от мотилияума, усиливает сократительную способность пищевода и повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, стимулируя освобождение ацетилхолина за счет активации серотониновых рецепторов, локализованных в нейронных сплетениях желудочно-кишечного тракта. Он обладает прокинетическим влиянием как на верхние, так и на нижние отделы желудочно-кишечного тракта.**

**В виде симптоматического средства могут быть включены антисекреторные средства. Антациды и H<sub>2</sub>-блокаторы гистаминовых рецепторов могут использоваться при небольшой выраженности эзофагита. В этом случае возможно также применение алгинатов (топалкана), препаратов, содержащих алгиновую кислоту. Влияние алгинатов двоякое: во-первых, они обладают кислотонейтрализующими свойствами, во-вторых, попадая в пищевод, они образуют защитную пленку, оболочкой и просветом пищевода и защищающую слизистую от агрессивного влияния желудочного сока.**



**При значительных изменениях слизистой оболочки пищевода препаратами выбора должны быть блокаторы протонной помпы. Среди лекарственных средств этой группы используют омепразол, лансопразол, пантопразол и др. Одним из наиболее эффективных препаратов этого ряда является лансопразол (ланзап). Ланзап является бензимидазольным производным, ингибирующим  $H^+$ ,  $K^+$  АТФ-азу в париетальных клетках желудка, энзима, катализирующего финальный этап секреции соляной кислоты, что приводит к торможению выработки соляной кислоты в ответ на все известные стимулы.**

**Лечение ГЭРБ назначается в зависимости от степени тяжести заболевания. Базисным является использование прокинетиков - в основном домперидона по 10 мг 4 раза в день.**

**1. При гастроэзофагеальном рефлюксе без эзофагита (есть симптомы рефлюксной болезни, но отсутствуют эндоскопические признаки эзофагита) на 7-10 дней дополнительно к прокинетикам необходимо назначить антациды 3 раза в день после еды через 1 час и непосредственно перед сном или алгинаты.**

**2. Наличие рефлюкс-эзофагита степени А требует назначения H<sub>2</sub>-блокаторов гистаминовых рецепторов на 6-8 недель до полного исчезновения симптомов болезни.**

**3. При рефлюкс-эзофагите степени В дополнительно назначают:**

**а) H<sub>2</sub>-блокаторы гистаминовых рецепторов в высоких дозах (квamatел, фамотидин, ульфамид и др. аналоги) по 40 мг 2 раза в день, или (что более эффективно)**

**б) блокаторы протонной помпы (омепразол по 20 мг 2 раза в день или лансопразол (ланзап) по 30 мг 2 раза в день с интервалом 12 часов). При исчезновении симптомов дозу препарата уменьшают в 2 раза.**

**Курс лечения продолжается не менее 8 недель.**

**4. При рефлюкс-эзофагите степени C-D дополнительно используют блокаторы протонной помпы:  
омепразол по 20 мг 2 раза в день, однако более эффективно назначение ланзапа по 30 мг 2 раза в день в течение 8 недель.  
При необходимости поддерживающей терапии ланзап применяется по 30 мг 1 раз в день.**

**При неэффективности адекватной терапии, а также при осложненном течении заболевания (рецидивирующие кровотечения, пептические стриктуры пищевода, наличие синдрома Баррета с дисплазией эпителия высокой степени), необходимо ставить вопрос об операции. Наиболее эффективным хирургическим методом лечения ГЭРБ является фундопликация.**

**Профилактика ГЭРБ состоит в наблюдении, выработке диетических рекомендаций и стиля жизни больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, женщин в период беременности, после кардиодилатации у больных с ахалазией кардии.**