

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — патология, с которой мы знакомы



Н.В. Харченко

Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), как правило, не представляет трудностей ни для узких специалистов, ни для семейных врачей и участковых терапевтов, а с ее симптомами хорошо знаком каждый из нас. Клинически это заболевание проявляется изжогой, отрыжкой, срыгиванием, болью в области грудной клетки и/или эпигастральной области, одинофагией. Согласно Монреальскому определению, ГЭРБ – состояние, характеризующееся влиянием тревожащих симптомов и/или осложнений в результате рефлюкса содержимого желудка. Однако, несмотря на огромный массив накопленных данных, до сих пор остается множество неясных моментов в ведении пациентов с ГЭРБ.

Разъяснить ситуацию относительно проведения поддерживающей терапии при ГЭРБ в интервью корреспонденту «Медицинской газеты «Здоров'я України» любезно согласилась главный специалист МЗ Украины по специальности «Гастроэнтерология», заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, заслуженный деятель науки и техники, доктор медицинских наук, профессор Наталья Вячеславовна Харченко.

– Статистические данные свидетельствуют о постоянном увеличении количества больных ГЭРБ в мире. К сожалению, Украина не является исключением. Какие факторы способствуют повышению уровня заболеваемости ГЭРБ?

– На сегодняшний день ГЭРБ является актуальной проблемой современной медицины. Точной статистики по этой патологии в Украине пока нет, однако с уверенностью можно сказать, что больные с проявлениями ГЭРБ в практике терапевтов и тем более гастроэнтерологов – явление нередкое.

Помимо основных симптомов заболевания – изжоги, отрыжки, чувства жжения и давления в подложечной области, дисфагии, срыгивания кислотой и желчью, значительно ухудшающих качество жизни пациентов, – главной угрозой при ГЭРБ является развитие осложнений. Наиболее опасные из них – пищевод Барретта и аденокарцинома.

Пищевод Барретта – приобретенное патологическое состояние, причиной которого является повреждение многослойного сквамозного эпителия дистальной части пищевода и замещения его цилиндрическим.

Фактором, способствующим повышению уровня заболеваемости ГЭРБ, в первую очередь является отсутствие культуры питания: переизбыток, нарушение режима питания (потребление большого количества пищи за один прием и др.); характер пищи (злоупотребление острой, жареной, горячей пищей). Зачастую пациенты сами отмечают определенную зависимость неудовлетворительного самочувствия от пищевых привычек, но не отказываются от них. Хотя употребление, например, вместо жареного приготовленного под паровым воздействием мяса значительно снижает риск развития рефлюксов. Патологический желудочно-пищеводный рефлюкс может быть обусловлен физическими нагрузками, изменением положения тела, приемом некоторых лекарственных препаратов и др.

Характерной особенностью украинских пациентов является также их несколько пренебрежительное отношение к собственному здоровью: большинство больных при появлении изжоги и других симптомов ГЭРБ занимаются самолечением по совету друзей или фармацевта, используя так называемые препараты скорой помощи (комбинация карбоната кальция и карбоната магния), длительное и систематическое применение

которых чревато негативными побочными эффектами. Эти лекарственные средства рекомендованы для разового приема, например для экстренного устранения изжоги, а некоторые пациенты бесконтрольно применяют их на протяжении длительного времени. Иногда вместо лекарственных препаратов больные используют раствор пищевой соды.

– Какие схемы терапии применяются в настоящее время? От чего зависит выбор метода лечения?

– Схемы терапии ГЭРБ четко регламентированы международными рекомендациями и консенсусами, их эффективность и безопасность подтверждена результатами клинических исследований. Главным фактором, определяющим вид проводимой терапии, является вариант ГЭРБ – эрозивный (ГЭРБ с эзофагитом, эндоскопически позитивный вариант) или неэрозивный (ГЭРБ без эзофагита, эндоскопически негативный вариант, который встречается чаще). Степень повреждения слизистой оболочки пищевода определяет длительность проводимой терапии: как правило, ее сроки составляют от 2 до 4 мес с последующей поддерживающей терапией на протяжении 3-6 мес и больше. Течение эрозивной формы ГЭРБ более тяжелое, чем неэрозивной, ее симптомы переносятся пациентами хуже и чаще отмечаются в ночное время, поэтому лечение в таком случае более длительное.

Следует подчеркнуть, что на сегодня нет четко регламентированных рамок относительно длительности терапии, поэтому лечащий врач принимает решение индивидуально в отношении каждого пациента с учетом особенностей характера питания и ответа на лечение.

– Доказана ли эффективность поддерживающей терапии? Использование каких классов препаратов рекомендуется международными руководствами?

– Результаты ряда мировых многоцентровых двойных слепых плацебо контролируемых исследований подтверждают эффективность и рациональность проведения поддерживающей терапии в профилактике развития рецидива после наступления клинического эффекта и завершения основного лечения. Наиболее распространена на сегодня инициальная непрерывная терапия с использованием минимально эффективных доз препаратов.

Принимая во внимание длительность лечения ГЭРБ, следует применять препараты, безопасность и эффективность которых доказаны в рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях, обеспечивающих достижение адекватного контроля частоты возникновения симптомов и имеющих хороший экономический профиль.

Современным классом лекарственных препаратов, длительный прием которых сопровождается низким риском побочных явлений и межлекарственных взаимодействий, являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Ингибирующее влияние на секрецию соляной кислоты также оказывают блокаторы H₂-рецепторов, однако их применение не всегда эффективно у больных ГЭРБ.

– Какие преимущества имеют ИПП в терапии ГЭРБ по сравнению с антацидами и H₂-блокаторами?

– Несмотря на то что антациды позволяют быстро купировать симптомы изжоги и имеют удобную для применения лекарственную форму, следует еще раз напомнить: ни один из препаратов этой группы не предназначен для

длительного систематического приема, их использование оправдано только в редких случаях в качестве терапии «по требованию». Кроме того, длительность действия этих лекарственных средств зависит от приема пищи и составляет от 30 мин до 3 ч. H₂-блокаторы угнетают в основном базальную секрецию соляной кислоты и действуют в среднем 4-8 ч.

В международных рекомендациях (Римские критерии III) при ГЭРБ предпочтение отдается использованию ИПП, которые являются золотым стандартом лечения этой кислотозависимой патологии.

– В каких дозах применяются ИПП при проведении поддерживающей терапии?

– Еще раз подчеркнем, что в современных протоколах лечения нет жестких рамок ни в дозировках, ни в длительности проведения поддерживающей терапии. Лечение должно быть комплексным, патогенетически обоснованным и, главное, индивидуализированным. Для минимизации побочных явлений рекомендуется применять ИПП в минимально эффективных дозах – для большинства пациентов она составляет 10 мг омепразола.

– Недавно на фармацевтическом рынке Украины появился омепразол для безрецептурного отпуска Гасек™-10. Чем принципиально отличается этот препарат от других препаратов омепразола?

– Препарат Гасек™-10 – эффективное лекарственное средство для устранения симптомов ГЭРБ, характеризующееся быстрым наступлением эффекта (снижение кислотности наблюдается через 40 мин, через 3 ч показатель pH достигает 6,8) и удобством применения (один раз в сутки). Кроме того, препарат изготовлен в соответствии со швейцарскими стандартами качества по технологии Гастрокапс – в виде специальной галенической формы для повышения эффективности субстанции омепразола и защиты ее от влияния механических и термических факторов, сохранения стабильности лекарственной молекулы.

Препарат имеет хороший профиль безопасности и характеризуется истинно швейцарским качеством; эффективность препарата в отношении предупреждения изжоги и других симптомов ГЭРБ подтверждена данными многочисленных исследований, в том числе плацебо контролируемых. И мировые исследования, и исследования с участием украинских пациентов свидетельствуют, что при применении препарата Гасек™-10 с целью поддерживающей терапии стойкого эффекта и предотвращения приступов ГЭРБ удается достигнуть приблизительно у 65-68% пациентов.

– На сегодня в арсенале украинских гастроэнтерологов препарат Гасек™ присутствует в трех различных дозировках – 10, 20 и 40 мг. Для применения в каких клинических ситуациях они предназначены?

– Гасек™ 40 и 20 мг используется при обострениях ГЭРБ, а дозировка 10 мг – в качестве поддерживающей терапии. Это правило не является обязательным – выбор дозировки ИПП руководства оставляют на усмотрение лечащего врача.

Параллельно с длительной медикаментозной терапией необходимо осуществлять коррекцию диеты и рекомендовать пациенту изменить образ жизни.

Важная задача врача – выработать у пациента правильный психологический настрой и осознание важности проблемы: помочь понять, что проявления ГЭРБ не только неприятны и некомфортны, но и чреваты серьезными осложнениями.

Подготовила Ольга Радучич

Гасек™ -10

Омепразол

Пускай горит! Только не в желудке!

- Самое эффективное безрецептурное средство для лечения изжоги и диспепсии¹
- Длительность действия – 24 часа²
- Высокое швейцарское качество
- Возможность выбора дозы: 10 мг, 20 мг, 40 мг

www.netboli.com.ua

1. Клиническая фармакология / под редакцией акад. РАМН, проф. В.Г. Кукеса. – Москва, 2008. – с. 574.
 2. Передерий В., Ткач С. Кислотозависимые заболевания. – Киев, 2008. – с. 154–156.