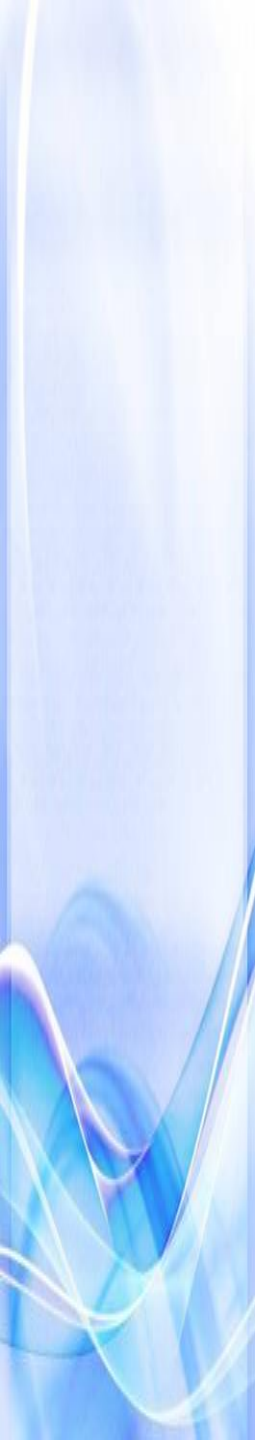




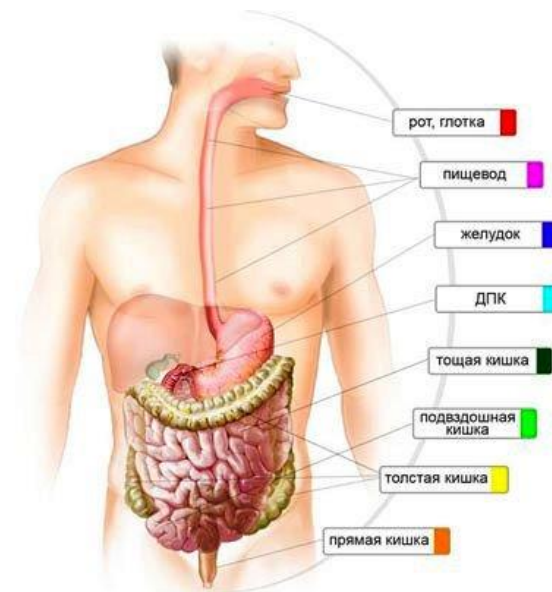
Гастроэзофагеальная
рефлюксная болезнь у
подростков. Диагностика,
современные методы
лечения

Ковалевская С.О.

- 
- В последние десятилетия в структуре гастроэнтерологической патологии все большую значимость приобретает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), имеющая достоверную тенденцию к увеличению распространенности и значительно ухудшающая качество жизни пациентов.
 - Установлено, что качество жизни больных с нелеченным рефлюкс-эзофагитом ниже, чем у пациентов с не леченой дуоденальной язвой, стенокардией, артериальной гипертензией.
 - Нередко заболевание манифестирует в подростковом возрасте.

Определение

- ГЭРБ – заболевание, сопровождающееся возникновением симптомов или осложнений, обусловленных забросом желудочного и(или) дуоденального содержимого в пищевод или за его пределы: в ротовую полость (включая гортань) или легкие.
- ГЭРБ подразделяют на неэрозивную - НЭРБ (при наличии соответствующих симптомов без выявления эрозии при эндоскопическом исследовании) и эрозивную (при наличии признаков ГЭРБ с выявлением эрозий в пищеводе).



Этиология и патогенез

- ГЭРБ относится к многофакторным заболеваниям. Основными этиологическими факторами развития являются нарушение режима и качества питания, стресс, работа, связанная с наклонным положением туловища, чрезмерная физическая нагрузка, запоры, ожирение, хиатальная грыжа, некоторые лекарственные средства (антагонисты кальция, антихолинергические препараты, 5-адреноблокаторы и др.), факторы питания (жирная и острая пища, шоколад, кофе, фруктовые соки, алкоголь).
- Основным патогенетическим механизмом, ведущим к развитию ГЭРБ, является нарушение баланса между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки пищевода. Непосредственное развитие рефлюкс-эзофагита происходит в результате длительного контакта желудочного (соляная кислота, пепсин) или дуоденального (желчные кислоты, лизолецитин) содержимого со слизистой оболочкой пищевода.
- В последние годы активно обсуждается проблема взаимосвязи ГЭРБ и *Helicobacter pylori*. В большинстве исследований последних лет доказанной зависимости ГЭРБ от *Hp* не обнаружено.

Причины, приводящие к развитию ГЭРБ

- недостаточность запирающего механизма, функционирование нижнего пищеводного сфинктера (НПС), заключающееся в увеличении эпизодов его расслабления;
- рефлюкс желудочного и дуоденального содержимого в пищевод;
- снижение пищеводного клиренса - объемного (нарушение вторичной перистальтики пищевода, обеспечивающей освобождение пищевода от рефлюктата) и химического (снижение выработки слюны и содержания бикарбонатов, присутствующих в слюне и пищеводном секрете);
- уменьшение резистентности слизистой оболочки пищевода (разрушение слизистого барьера пепсином, желчными кислотами, снижение внутриклеточного pH, ухудшение пищеводного кровотока);
- нарушение моторно-эвакуационной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (по типу псевдостеноза выходного отдела желудка, хронической дуоденальной непроходимости с гиперкинезией двенадцатиперстной кишки, гипокинезии двенадцатиперстной кишки и желудка).
- У ряда больных важное значение в патогенезе ГЭРБ, особенно ее тяжелых, осложненных форм, имеет ночной гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), недостаточно контролируемый большинством антисекреторных препаратов.

Клиническая картина

- В клинической симптоматике ГЭРБ принято выделять пищеводные и внепищеводные проявления заболевания.

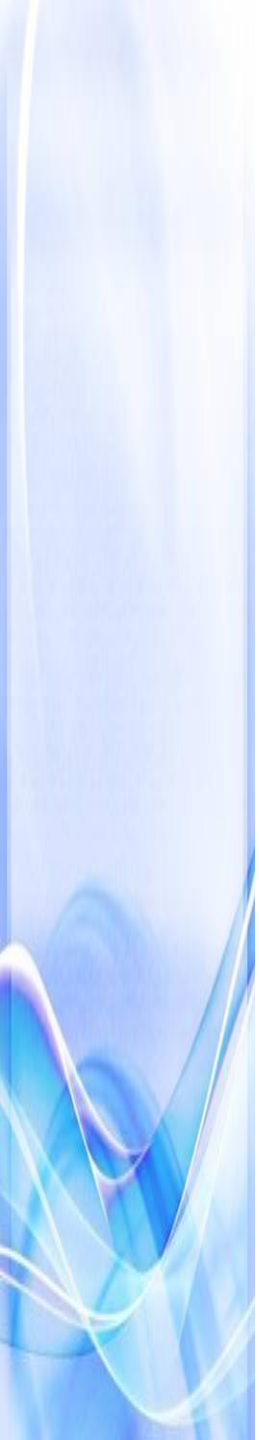


Пищеводные проявления

- Среди характерных пищеводных симптомов ГЭРБ основное значение имеют изжога, кислая отрыжка, болезненное и затрудненное прохождение пищи, ощущение жжения в эпигастрии и за грудиной, которые чаще возникают после еды, при наклоне туловища вперед или в ночное время.
- Изжога является наиболее характерным симптомом, встречается у 80% больных и более, появляется вследствие длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4$) желудочного содержимого со слизистой пищевода. Особенностью данного симптома является его усиление при погрешностях в диете, приеме газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении.
- Вторым по частоте проявлением данного заболевания считается боль в эпигастральной области, проекции мечевидного отростка, возникающая вскоре после еды и усиливающаяся при наклонных движениях.
- Нередко у пациентов с ГЭРБ регистрируется ретростеральная боль, которая может иррадиировать в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки и способна имитировать кардиальную боль. Для эзофагеальных болей в отличие от стенокардиальных характерны связь с приемом пищи, положением тела и купирование приемом щелочных минеральных вод. Помощь в дифференциальной диагностике загрудинных болей, связанных с ГЭРБ, может оказать суточное мониторирование pH пищевода.

Внепищеводные проявления

- В настоящее время выделяют следующие синдромы внепищеводных проявлений ГЭРБ:
 - Орофарингеальная симптоматика включает воспаление носоглотки , развитие эрозий эмали зубов, кариеса, периодонтита; ощущение кома в горле, фарингит.
 - Отоларингологическая симптоматика проявляется ларингитом, средним отитом, оталгиями и ринитом.
 - Бронхолегочная симптоматика характеризуется хроническим рецидивирующим бронхитом, развитием аспирационной пневмонии, приступами пароксизмального кашля, а также бронхиальной астмой.
 - Боли в грудной клетке, связанные с заболеваниями сердца, проявляются рефлекторной кардиалгией при рефлюксе содержимого желудка в пищевод; нарушение сердечного ритма.
 - Боли в грудной клетке, не связанные с заболеваниями сердца (non-cardiac chest pain), - частое осложнение ГЭРБ, требующее адекватной терапии на основе проведения тщательного дифференциального диагноза с кардиальной болью.

- 
- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь должна быть включена в круг диагностического поиска при наличии у подростков болей в грудной клетке, бронхообструктивного синдрома, частых рецидивирующих инфекций лор-органов, прогрессирующего пародонтита.

- Установление связи бронхолегочных заболеваний с ГЭРБ имеет большую клиническую ценность, поскольку позволяет по-новому подойти к их лечению. Основой алгоритма диагностики атипично протекающей ГЭРБ с легочными проявлениями, является пробное лечение ингибиторами протонной помпы (ИПП). Если при этом удастся достигнуть положительного эффекта, то связь хронического респираторного заболевания с ГЭРБ считается доказанной. Последующее, лечение должно быть направлено на предупреждение заброса желудочного содержимого в пищевод и дальнейшего попадания рефлюксата в бронхолегочную систему.

Диагностические критерии

- Диагноз ГЭРБ может быть установлен на основании комплекса симптомов, объективного обследования с применением эндоскопического исследования, амбулаторного суточного рН-мониторирования, ответа на антисекреторную терапию.
- Изжога и регургитация - наиболее достоверные симптомы для установления предположительного диагноза, основанного только на данных анамнеза заболевания, однако такой подход не является достаточно чувствительным. Систематический обзор семи исследований показал, что чувствительность изжоги и регургитации при наличии эрозивного эзофагита составляет 30-76%, а специфичность - 62-96%. Наиболее оптимальным подходом для подтверждения диагноза ГЭРБ у пациентов с типичными симптомами считается эмпирическая терапия ИПП (проба с ИПП).

Диагностические критерии

- Основным методом диагностики рефлюкс-эзофагита является эндоскопический. С помощью эндоскопии можно получить подтверждение наличия рефлюкс-эзофагита и оценить степень его тяжести, провести контроль заживления повреждений слизистой оболочки пищевода. Выявляются признаки рефлюкс-эзофагита (эндоскопически позитивная ГЭРБ): гиперемия и рыхлость слизистой оболочки (катаральный эзофагит), эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести - с I по IV стадию в зависимости от площади поражения). Во многих случаях клиническая симптоматика и морфологические изменения на клеточном уровне не сопровождаются наличием эзофагита (эндоскопически негативная ГЭРБ). Биопсия пищевода с последующим гистологическим исследованием производится в основном для подтверждения наличия пищевода Барретта при характерной эндоскопической картине, поскольку верифицировать данную патологию можно только гистологически.
- рН-метрия пищевода является единственным тестом, позволяющим выявить наличие патологического ГЭР, определить его частоту, продолжительность и установить взаимосвязь симптомов с эпизодами рефлюкса. Исследование может проводиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Диагностические критерии

- Рентгенологическое исследование с барием применяют для диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуры пищевода, язвы стриктуры, опухоли пищевода, диффузного эзофагоспазма, а также для выявления рефлюкса как такового.
- В последние годы для оценки эзофагеального клиренса применяется сцинтиграфия пищевода с радиоактивным изотопом технеция. Задержка принятого изотопа в пищеводе более чем на 10 мин указывает на замедление эзофагеального клиренса.
- Эзофагоманометрия - измерение давления в пищеводе с помощью специальных баллонных зондов может дать сведения о понижении давления в зоне НПС, нарушениях перистальтики и тонуса пищевода.

Лечение

- Цель лечения ГЭРБ - устранение жалоб, улучшение качества жизни, борьба с рефлюксом, лечение эзофагита, предотвращение или устранение осложнений .
- В терапии больных с ГЭРБ используется комплексный подход, включающий такие компоненты, как диета и модификация образа жизни, снижение повреждающих свойств рефлюктата, защита слизистой оболочки пищевода.

Рекомендации по соблюдению определенного образа жизни и диеты

Общие рекомендации по режиму и диете, которые постоянно должен соблюдать больной независимо от степени выраженности рефлюкс-эзофагита:

- после приема пищи избегать наклонов вперед и горизонтального положения тела;
- сон с приподнятым головным концом кровати;
- избегать ношения тесной одежды и тугих поясов, корсетов, бандажей, приводящие к повышению внутрибрюшного давления;
- избегать обильных приемов пищи, не есть на ночь, ограничить потребление продуктов, вызывающих снижение давления НПС и обладающих раздражающим действием (жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые);
- отказаться от курения;
- снизить массу тела при ожирении;
- избегать приема лекарств, вызывающих рефлюкс (антихолинергические, спазмолитические, седативные препараты, транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, (5-адреноблокаторы, теофиллин, простагландины, нитраты).

Выбор тактики лечения

- Если для лечения ГЭРБ (эрозивный эзофагит) в соответствии с рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации препаратами выбора служат ИПП, то при отсутствии эрозивного поражения слизистой оболочки пищевода (НЭРБ), особенно при небольшом анамнезе заболевания, в настоящее время обсуждаются разные способы, варианты и режимы медикаментозного лечения, в частности, с помощью моно- и комбинированного лечения антацидами, альгинатами, прокинетиками и ИПП.

Медикаментозная терапия

Антациды

- Основная цель антацидной терапии состоит в снижении кислотно-протеолитической агрессии желудочного сока. Повышая внутрижелудочный уровень pH, эти препараты устраняют патогенное действие соляной кислоты и пепсина в отношении слизистой оболочки пищевода. Антацидные препараты рекомендованы пациентам в лечении средневыраженных и нечастых симптомов. Их следует принимать часто (4-5 раз в сутки), обычно через 1,5-2 часа после еды и на ночь. Длительность приема в полной дозировке не должна превышать двух недель (опасность развития гипофосфатемии).

Медикаментозная терапия

Антисекреторные препараты

- Антисекреторная терапия ГЭРБ проводится с целью уменьшения повреждающего действия кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода при ГЭР. В настоящее время утратили свою актуальность ранее широко применяемые H_2 -блокаторы. Предпочтение отдается высокоэффективным ИПП, обеспечивающим длительную супрессию выработки соляной кислоты. Результаты метаанализа работ, посвященных сравнительной оценке эффективности использования H_2 -блокаторов желудочной секреции, показали, что частота заживления эрозий слизистой оболочки пищевода в течение 12 нед лечения составляет при применении ИПП более 80%, а при использовании блокаторов H_2 -рецепторов гистамина - менее 50%. В связи с этим ИПП в настоящее время признаны наиболее эффективными средствами для лечения ГЭРБ и должны назначаться при всех ее стадиях .

Медикаментозная терапия

Прокинетики

- Представители этой группы лекарственных веществ повышают тонус НПС, ускоряют эвакуацию из желудка, оказывают положительное влияние на пищеводный клиренс и ослабляют ГЭР. Курс лечения прокинетиками продолжается 1-1,5 месяца, затем используется поддерживающая терапия в половинной дозе.

Выбор тактики лечения

- Продолжается поиск новых лекарственных средств для проведения терапии ГЭРБ. В последние годы происходит переоценка роли альгинатов как препаратов для лечения ГЭРБ, расширяются показания для их назначения, увеличивается их практическая потребность. Назначают их так же, как и антациды (за 1,5 часа до еды или через 1 час после 4 раза в день).

Тактика лечения ГЭРБ у подростков

- Основа терапии при эндоскопически негативной форме ГЭРБ - модификация образа жизни; при неэффективности немедикаментозного лечения применяют антациды и альгинаты «по требованию», возможно курсовое назначение прокинетиков (от 3-4 недель до 3-4 месяцев).
- При эзофагите 1-2 степени используют длительный прием прокинетиков и ИПП.
- Рефлюкс-эзофагит, особенно при наличии эрозий и язв, требует соблюдения в лечении ряда принципов.

Лечение ГЭРБ

- Назначение высоких доз препаратов и их комбинаций;
- Обязательно проведение поддерживающей терапии (вероятность рецидива);
- Длительность терапии составляет 8-12 недель, затем (в течение 6-12 месяцев) пациент должен получать поддерживающую терапию (половинные дозы прокинетиков и ИПП).

Хирургическое лечение

- Антирефлюксное хирургическое лечение считается показанным при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие синдрома Барретта с дисплазией эпителия высокой степени), а также при доказанной неэффективности медикаментозной терапии.

Заключение

- Своевременно назначенное комплексное лечение ГЭРБ позволяет быстро купировать основную симптоматику заболевания, остановить прогрессирование патологического процесса и развитие серьезных осложнений.

