



Оберегая пищевод: современные тенденции в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

2 декабря в г. Киеве на базе частного медицинского центра «Универсальная клиника «Оберіг» состоялась 2 V гастроэнтерологическая студия, посвященная современной тактике ведения пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). В рамках мероприятия, которое состоялось при поддержке фармацевтических компаний Nycomed и Astellas, были обобщены современные данные об этой относительно новой нозологии, а также представлены новейшие мировые тенденции в лечении ГЭРБ.

Высокие стандарты работы «Универсальной клиники «Оберіг» способствуют регулярному обучению ее специалистов в известных зарубежных клиниках, участию в крупных мировых специализированных конгрессах. Клиника имеет богатый опыт внедрения новых технологий, представляющих большой интерес для украинской медицинской общественности. Так, отдельные технологии и медицинское оборудование впервые на территории Украины были внедрены именно в этом медицинском учреждении. Со временем «Универсальная клиника «Оберіг» стала хорошей методической базой, на которой регулярно проводится обучение практических врачей. Не случайно V гастроэнтерологическая студия собрала большое количество практических врачей.

В рамках одной статьи невозможно передать все выступления, прозвучавшие на конференции, поэтому мы постараемся очертить главные моменты, озвученные ведущими специалистами клиники.



Доклад под красноречивым названием «Многоликая неэрозивная рефлюксная болезнь» представила кандидат медицинских наук **Екатерина Леонидовна Кваченок**.

— Ранняя диагностика ГЭРБ позволяет проводить лечение на начальных стадиях развития патологии, что имеет большое значение для предупреждения осложнений и профилактики рака пищевода.

Вместе с тем клинические проявления ГЭРБ разнообразны, что необходимо учитывать при диагностике заболевания. Особое беспокойство вызывают внепищеводные (атипичные) симптомы, когда в патологический процесс вовлекаются бронхолегочная, сердечно-сосудистая системы, ЛОР-органы.

Непосредственной причиной ГЭРБ является гастроэзофагеальный рефлюкс — заброс желудочного или желудочно-кишечного содержимого в пищевод. Как известно, основным патогенетическим механизмом в развитии патологии считается воздействие кислоты на слизистую оболочку пищевода. Выделяют три клинические формы заболевания: эндоскопически негативную (неэрозивная рефлюксная болезнь — НЭРБ), эндоскопически позитивную (эрозивная рефлюксная болезнь/эрозивный рефлюкс-эзофагит) и пищевод Барретта (ПБ).

При НЭРБ основным инструментальным методом, позволяющим подтвердить диагноз, является суточное мониторирование внутрипищеводного pH. Этот метод позволяет установить количество и продолжительность рефлюксов, их характер и связь с различными факторами и субъективными ощущениями. Кроме того, данный метод позволяет индивидуально подобрать препарат и его дозу, а главное, контролировать эффективность медикаментозной терапии. Еще один важный метод — импедансметрия пищевода — позволяет фиксировать рефлюксы из желудка в пищевод независимо от pH.



Руководитель гастроцентра «Универсальной клиники «Оберіг», доцент кафедры внутренней медицины № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук **Галина Анатольевна Соловьева** рассказала об особенностях ведения пациентов с ПБ.

— В современном мире ГЭРБ занимает ведущее место среди гастроэнтерологических заболеваний, что объясняется ее высокой распространенностью (до 40-60% среди взрослого населения развитых стран), а также развитием серьезных осложнений (язвы, стриктуры, кровотечения). В настоящее время в мире отмечается рост заболеваемости аденокарциномой пищевода, которая рассматривается как одно из осложнений ГЭРБ. Это опухоль высокой степени злокачественности, которая обычно выявляется на поздней стадии развития и ассоциируется с высокой смертностью. Доказано, что при отсутствии надлежащего лечения эрозивный эзофагит приводит к развитию дисплазии, что в несколько раз увеличивает риск злокачественной трансформации.

Лечение ГЭРБ направлено на сокращение длительности контакта рефлюксата со слизистой оболочкой пищевода, что достигается снижением его агрессивности и повышением замыкательной способности нижнего пищеводного сфинктера. Медикаментозная терапия ГЭРБ основывается на правиле Белла: заживление эрозий пищевода происходит при

условии, когда показатели интрагастрального pH поддерживаются выше 4,0 не менее 16-22 ч в сутки. В настоящее время этим требованиям соответствует терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП), которые оказывают наиболее мощный подавляющий эффект на желудочную секрецию и препятствуют закислению пищевода. Недавние исследования продемонстрировали преимущества ИПП (Контролок®, Nycomed) перед антагонистами H₂-рецепторов в торможении процессов развития дисплазии при ПБ.

Одним из наиболее дискуссионных является вопрос о целесообразности проведения эрадикационной терапии при эзофагите. Существует мнение, что отсутствие Helicobacter pylori увеличивает риск развития ГЭРБ. Однако одно из последних европейских исследований не выявило статистически значимых различий, что побудило ученых сделать вывод об отсутствии противопоказаний к эрадикационной терапии при эрозивном эзофагите.



Наиболее распространенная ошибка врачей при назначении ИПП — несоблюдение необходимой длительности терапии. Следует учитывать, что о результативности приема ИПП при ГЭРБ можно делать выводы после 1 мес терапии; в случае ее неэффективности следует увеличить дозу ИПП, оценить приверженность пациента к лечению. При продолжающейся рефрактерности к данным препаратам необходимы эндоскопическое исследование и консультация хирурга.

Ключевой проблемой в ведении пациентов с ГЭРБ является относительно высокий риск рецидива: так, при несоблюдении рекомендованных мероприятий по изменению образа жизни, отсутствии поддерживающего лечения вероятность рецидива в течение 6 мес составляет примерно 70%, а в течение года — почти 90%. В настоящее время разработано несколько различных схем противорецидивного лечения. Хорошо изученной и экономически целесообразной является тактика терапии по требованию: если после курсового приема ИПП у пациента вновь появляется изжога, он может самостоятельно возобновить прием ранее подобранного препарата этой группы в эффективной дозе и продолжать лечение в течение 5-7 дней.



Заведующий отделением эндоскопии и малоинвазивной хирургии «Универсальной клиники «Оберіг» **Владислав Александрович Яковенко** остановился на возможностях эндоскопической диагностики и лечения ПБ.

— Диагностическая эндоскопия позволяет выявить различные повреждения слизистой оболочки пищевода и является оптимальным методом для диагностики ПБ. Следует обратить внимание на необходимость четкого описания эрозивных изменений слизистой оболочки нижней трети пищевода, их оценку в соответствии с современными классификациями. Кроме того, эндоскопическая диагностика позволяет при необходимости провести биопсию для морфологического исследования.

Широкое внедрение хромоэндоскопии (окрашивание слизистой оболочки пищевода специальными красителями) позволяет выявить мета- и диспластические изменения эпителия пищевода, а также повысить точность получения биопсийного материала. Замещение эпителия пищевода может происходить по трем типам: эпителий кардиального отдела желудка, эпителий тела и дна желудка, эпителий, напоминающий кишечный. Эндоскопически ПБ определяется как замещение эпителия дистального отдела пищевода по цилиндрическому типу любой длины, которая может быть определена при эндоскопии. Для оценки циркулярного поражения и максимальной протяженности по складкам используют

Пражские критерии. Измерение участков метаплазии важно проводить у пациента при каждом исследовании.

Современные высокочувствительные эндоскопические технологии (эндоскопия с высоким разрешением в комбинации с хромоэндоскопией, флуоресцентная и узкополосная эндоскопия) позволяют определить цилиндрическую метаплазию эпителия еще до морфологической верификации. При условии раннего выявления у пациентов ПБ рекомендовано регулярное эндоскопическое обследование, а в случае дисплазии легкой степени — ежегодная эндоскопия с биопсией. Эти меры позволяют своевременно обнаруживать и лечить предопухольные и опухолевые процессы и реально воздействовать на уровень смертности от аденокарциномы пищевода.



О хирургическом лечении ГЭРБ рассказал ведущий хирург «Универсальной клиники «Оберіг», кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии и сосудистой хирургии Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика **Николай Андреевич Мендель**.

— Антирефлюксные операции не имеют преимуществ перед длительной кислотосупрессивной терапией ИПП: эффективность данных методик лечения при ГЭРБ сопоставима. Хирургическое лечение показано пациентам с тяжелыми формами ГЭРБ, не поддающимися другим способам лечения, включая изменение образа жизни, рациона питания и медикаментозную терапию. Кроме того, операция может быть показана пациентам молодого возраста при отсутствии сопутствующих заболеваний. Хирургическое лечение в этих случаях позволяет избавить больных от длительного (иногда пожизненного) приема препаратов. Перед направлением на операцию необходимо тщательное обследование пациента с целью убедиться в наличии патологического рефлюкса несмотря на проведенную лекарственную терапию, а также в несостоятельности антирефлюксной защиты при нормальной двигательной активности пищевода.

Хирургическое вмешательство в данном случае направлено на ликвидацию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (при ее наличии), укрепление нижнего пищеводного сфинктера с целью обеспечения его нормальной работы. Решение об операции должно приниматься лечащим врачом после консультации с хирургом, диетологом и при необходимости с другими специалистами. Следует учитывать, что хирургическое вмешательство сопряжено с определенным риском развития осложнений и не обеспечивает полного предупреждения развития аденокарциномы у больных с ГЭРБ и ПБ.



Заведующая патогистологическим центром «Универсальной клиники «Оберіг», доктор медицинских наук **Елена Георгиевна Курик** посвятила свой доклад морфологическим особенностям ГЭРБ и ПБ.

— Наиболее тяжелым проявлением ГЭРБ является ПБ, сопряженный с повышенным риском злокачественной трансформации. Эта патология обнаруживается примерно у 10% пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом, а в общей популяции — у 1% населения.

Целью гистологического исследования является обнаружение метаплазии плоского эпителия пищевода — замещение нормального эпителия клетками другого типа, более стойкими к кислой среде. До недавнего времени считалось, что наличие эпителия кардиального или фундального типа не увеличивает риск развития онкологической патологии. Риск злокачественной трансформации считался высоким лишь при выявлении цилиндрического эпителия. Однако в последние годы появилась информация о том, что первые два типа метаплазии являются переходными к цилиндрическому эпителию, а впоследствии — к дисплазии и раку пищевода. В связи с этим все больные с метаплазией нуждаются в тщательном клиническом наблюдении.

Критериями дисплазии является укрупнение ядер, изменение ядерно-цитоплазматического соотношения, нарастание клеточного и ядерного полиморфизма, митотической активности. Тщательное эндоскопическое и проводимое затем гистологическое исследование в большинстве случаев дают возможность диагностировать патологию на ранних стадиях. При этом современные эндоскопические методы позволяют определять участки цилиндрического эпителия и осуществлять прицельную биопсию. Такие современные методы диагностики ПБ с успехом применяются и в «Универсальной клинике «Оберіг».

Подготовила **Катерина Котенко**