

Клинические маски ГЭРБ: случай из практики

В типичных случаях диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) не вызывает сомнений у клинициста. Тем не менее, когда приходится сталкиваться с рефрактерной или рецидивирующей ГЭРБ, возникают значительные трудности как в поиске первопричины заболевания, так и в назначении адекватной терапии.



Разбору такого клинического случая был посвящен доклад кандидата медицинских наук **Владимира Владимировича Чернявского**, прозвучавший в рамках IV научной сессии ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (16-17 июня, г. Днепр).

— Современные эффективные алгоритмы лечения ГЭРБ в большинстве случаев позволяют контролировать симптомы заболевания. Однако существует и ряд проблем: рефрактерность к стандартной терапии, рецидивирование симптомов ГЭРБ и рефлюкс-эзофагита, низкий комплаенс пациентов из-за необходимости длительного поддерживающего лечения и модификации образа жизни, полипрагмазия и несоблюдение протокола терапии со стороны врачей. Особую проблему составляет проведение адекватного мониторинга лечения с позиции канцеропревенции.

В качестве примера позвольте привести случай из собственной практики, когда ведение пациента потребовало значительных усилий и отличающегося от привычных штампов подхода.

Мужчина 28 лет направлен на консультацию к гастроэнтерологу хирургом, к которому обратился по поводу рецидивирующего рефлюкс-эзофагита для решения вопроса о проведении лапароскопической фундопликации.

Предъявляет жалобы на чувство жжения за грудиной, которое носит практически постоянный характер, без четких провоцирующих факторов, отрыжку воздухом, запоры.

Анамнез заболевания: болен около 6 мес. Обращался к гастроэнтерологу, в августе 2015 г. выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), при которой обнаружен рефлюкс-эзофагит (степень А). Это послужило основанием для назначения пантопризола 40 мг/сут в течение 28 дней, домперидона, антацидов в терапевтических дозах. Через 2 мес, в октябре 2015 г., была проведена повторная ЭГДС, результаты которой трактуются как норма. Однако через некоторое время симптомы рецидивировали, купировать их удалось только с помощью метоклопрамида, но вскоре от применения этого препарата пришлось отказаться из-за побочной реакции в виде тремора верхних конечностей. В декабре 2015 г. при повторной ЭГДС — рефлюкс-эзофагит (степень А). Назначен повторный 28-дневный курс пантопризола. При контрольной ЭГДС через 1 мес зафиксировано отсутствие положительной динамики.

Пациент соблюдает строгую диету, похудел на 15 кг. Три дня назад имел место эпизод диареи с повышением температуры тела до 37,1 °С. В соответствии с протоколом предоперационного обследования запланирована видеокOLONOSКОПИЯ.

Анамнез жизни: женат, есть ребенок, не работает («болеет»).

Объективно: без патологических изменений.

Эмоционально-психическое состояние пациента имеет ряд особенностей, в связи с которыми тот же хирург рекомендовал пациенту обратиться к психиатру. В момент беседы с врачом ярко выражены фрустрация, ангедония, тревога, инфантильность. По результатам тестирования с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии отмечаются выраженная тревога, субклиническая депрессия.

Итак, перед нами встал ряд вопросов. Если основным рабочим диагнозом считать ГЭРБ, то почему ингибиторы протонной помпы (ИПП) не облегчают симптомов? Даже после возникшего рецидива рефлюкс-эзофагита повторный курс лечения должен был привести к заживлению эрозий. Стоит ли считать такую ГЭРБ рефрактерной или необходимо рассматривать другой диагноз? Причинами неудачного лечения также могут быть невыполнение пациентом рекомендаций из-за

дороговизны лекарств, некачественный ИПП или некорректный диагноз (не ГЭРБ или не только ГЭРБ).

В большинстве случаев ошибочный диагноз ГЭРБ устанавливают у пациентов с функциональной изжогой и загрудинной болью, функциональной диспепсией, ахалазией, стриктурой пищевода, эозинофильным или медикаментозным эзофагитом, кандидозом пищевода.

Лечение. В данной клинической ситуации у пациента имеет место подтвержденный эндоскопически эзофагит, поэтому были обоснованно назначены ИПП курсом 8 нед. Нами был выбран препарат эзомеразола Эзомеалокс® в дозе 40 мг. Эзомеразол — первый ИПП, созданный как изомер (рис.). Он представляет собой левовращающий изомер омеразола, что обеспечивает улучшенный фармакокинетический профиль и высокую биодоступность лекарственного средства, быстрое наступление клинического эффекта и длительное действие. Кроме того, название препарата созвучно с антацидным средством (Маалокс®), которое больному принимал ранее. Маалокс® эффективно устранял симптомы изжоги у данного пациента, поэтому он охотно согласился принимать новый препарат. Эзомеалокс® — это именно тот ИПП, который по экономическим соображениям может позволить себе пациент и в котором уверен врач.

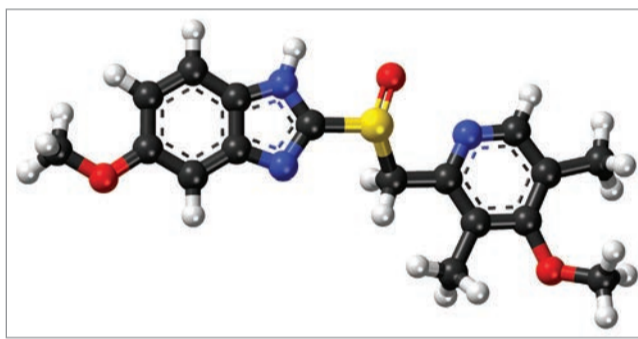


Рис. Химическая структура эзомеразола

Симптомы заболевания у пациента облегчаются приемом метоклопрамида, что свидетельствует о наличии моторных нарушений, обусловленных дофаминовым механизмом. Поскольку пациент отказался от предложенной консультации психиатра, с целью купирования психосоматического компонента был назначен Эглонил (сульпирид) в дозе 100 мг курсом 15 дней, затем — 50 мг в течение еще 15 дней. В популяционных исследованиях уже показано, что тревожность и депрессия увеличивают частоту и выраженность симптомов рефлюкса. Кроме того, пациенты, которые плохо отвечают на терапию ИПП, более подвержены стрессам.

Однократный эпизод диареи с повышением температуры тела был расценен как острый энтерит легкой степени, поэтому пациенту назначили пробиотик Энтерожермина по 2-3 капсулы в сутки. Наконец, учитывая выраженную потерю веса без т. н. малых признаков мальдигестии, было рекомендовано не придерживаться диеты. Контроль лечения осуществлялся в телефонном режиме.

Уже через 4 дня после начала терапии пациент отметил полный регресс симптомов и нормализацию сна.

После проведения видеокOLONOSКОПИИ получено заключение: признаки терминального илеита. Болезнь Крона? Для подтверждения диагноза назначено дообследование, которое пациент не завершил, однако отклонений от нормы в общем анализе крови и количестве С-реактивного белка не было.

Эти данные поставили перед нами новые вопросы. Является ли рецидивирующий эзофагит проявлением болезни Крона?

Согласно действующим рекомендациям, отраженным в консенсусе European Crohn's and Colitis Organization (ECCO), лечение болезни Крона илеоцекальной зоны с низкой активностью проводят будесонидом в дозе 9 мг/сут, антибактериальные препараты

не показаны. В некоторых случаях лица с умеренно выраженными симптомами могут вообще не получать терапии. Что касается ведения болезни Крона пищевода и гастродуоденальной зоны, у пациентов с поражением этой области наиболее успешно применение ИПП, при необходимости — в сочетании с системными кортикостероидами и тиопуринами или метотрексатом. При наличии симптомов непроходимости показаны дилатационные и хирургические методы.

В данном случае у больного симптомы поражения илеоцекальной зоны отсутствовали, отмечалась только картина рефлюкс-эзофагита; поэтому было принято решение отказаться от терапии будесонидом или другими кортикостероидами и продолжать лечение в прежнем объеме.

Психологические расстройства скорее всего являются следствием, а не причиной или характерной особенностью болезни Крона, и его влияние на течение данной патологии остается противоречивым. Связь между психологическими факторами и этиологией болезни Крона не доказана, остается неясным, влияет ли стресс на ее течение. Тем не менее большинство пациентов с данной патологией считают, что стресс оказывает влияние на течение их заболевания.

Динамика. Через 2 нед от начала лечения пациент отметил нормализацию консистенции, формы и частоты стула (до 1 р/сут; исчезли привычные запоры), удовлетворительное самочувствие, прибавку веса 6 кг.

Через 4 нед отменены ИПП. К этому моменту пациент себя чувствовал настолько хорошо, что внял совету доктора и устроился на работу. Однако появились жалобы на тревожность, которая сопровождается болью за грудиной, тахикардией, паникой. К лечению был добавлен небензодиазепиновый анксиолитик буспирон в стартовой дозе 5 мг 3 р/день с постепенным наращиванием дозы до 30 мг/сут.

Через 4 мес — жалоб нет, зафиксировано увеличение массы тела на 20 кг. Отменены все медикаменты. Рекомендован прием Эзомеалокса в режиме «по требованию».

В настоящее время отмечаются полный регресс симптомов, нормализация массы тела, полная социализация пациента.

Вместе с тем в текущей клинической ситуации остались нерешенные вопросы. Как вести пациента в дальнейшем с учетом возможного диагноза болезни Крона и какова этиология рефлюкс-эзофагита? Стоит ли связывать его с болезнью Крона? Чтобы ответить на них, на октябрь запланированы повторная видеокOLONOSКОПИЯ с медикаментозным сном, илеоскопией и биопсией, а также повторная ЭГДС с биопсией, дополнительное лабораторное обследование с определением иммунологических маркеров болезни Крона и продолжение наблюдения в динамике.

Таким образом, в типичных ситуациях верификация ГЭРБ не вызывает вопросов. Однако случаи рефрактерной, рецидивирующей или коморбидной ГЭРБ представляют значительную проблему для практического гастроэнтеролога. Назначение ИПП показано при ГЭРБ любой этиологии. Более чем в 85% случаев заболевания, рефрактерных к ИПП, имеет место не ГЭРБ или не только ГЭРБ.

У пациентов с выраженной изжогой благодаря быстрому кислотонейтрализующему эффекту Маалокс® может использоваться для купирования изжоги в период скрининговой фазы, а также в первые сутки приема ИПП.

Мощный кислотоснижающий эффект, а также доступная цена Эзомеалокса позволяют рекомендовать длительные курсы этого препарата для лечения ГЭРБ практически любой этиологии.

Стоит отметить, что гастроэнтерологу необходимы знания, умения и полномочия для назначения психотропных препаратов и элементов психотерапевтического воздействия. Сложных пациентов следует направлять к специалистам разного профиля.

Подготовила **Мария Маковецкая**

