

УДК 616.329-002-08-092

Диагностическая и лечебная тактика врача общей практики при изжоге

Трухан Д.И., Тарасова Л.В.

Резюме. На сегодняшний день наличие у пациента изжоги связывается, в первую очередь, с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. В статье обсуждаются плюсы и минусы подобной доминанты при проведении врачом общей практики дифференциальной диагностики симптома изжоги. Вопросы лечения изжоги рассмотрены в контексте гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и рекомендаций европейского алгоритма, основанного на Гштадском руководстве по лечению ГЭРБ.

Ключевые слова: врач общей практики, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, изжога, дифференциальный диагноз, лечение.

Diagnostic and therapeutic tactics of general practitioner with heartburn

Trukhan D.I., Tarasova L.V.

Summary. At present heartburn is usually associated with a gastro-esophageal reflux disease. The pros and cons of such a dominant during the general practitioner of differential diagnosis of the symptoms of heartburn are discussed in the article. The problems of heartburn treatment are addressed in context of gastro-esophageal reflux disease and the European algorithm based on Gstaad GERD Treatment Guidelines.

Key words: general practitioner, gastro-esophageal reflux disease, heartburn, differential diagnosis, treatment.

В настоящее время изжога считается наиболее характерным симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), который встречается у 83% пациентов и возникает в результате длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4,0$) или щелочного ($\text{pH} > 7,0$) желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. При ГЭРБ изжоге могут сопутствовать другие пищеводные симптомы: регургитация (срыгивание, пищеводная рвота), отрыжка, гиперсаливация, дисфагия (затрудненное прохождение пищи) и одинофагия (боль при проглатывании пищи), а также ряд внепищеводных проявлений: глоссит, осиплость голоса, заложенность носа, покашливание, перебои в работе сердца.

Изжога является субъективным симптомом, воспринимаемым как чувство жжения или тепла различной интенсивности и продолжительности, возникающее за грудиной (на уровне ее нижней трети) и/или в подложечной области, распространяющееся вверх от мечевидного отростка.

Изжога может возникать натощак или после сытной еды, употребления большого количества сладостей, пряных или острых блюд. Курение, животные жиры, шоколад, кофе, томаты, цитрусовые и алкоголь также могут провоцировать изжогу. Нередко она появляется в горизонтальном положении, в процессе физической работы, особенно связанной с подъемом тяжестей, наклонами туловища вниз, в период

Диагностика и лечение

беременности. Если изжога вызвана ретроградным забросом кислого содержимого, то она довольно легко снимается питьевой содой и антацидами, молоком или щелочными минеральными водами. Заброс комбинированного (кисло-щелочного содержимого) требует использования адсорбентов и антацидов.

В качестве самостоятельной нозологической единицы ГЭРБ была официально утверждена международной рабочей группой [1] в октябре 1997 года (г. Генваль, Бельгия). В настоящее время ГЭРБ рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание, которое обусловлено нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризуется спонтанным или регулярно повторяющимся забросом в пищевод агрессивного (желудочного и/или дуodenального) содержимого, что приводит к изменениям в дистальном отделе пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений и появлению характерных клинических симптомов.

Следует отметить, что при ГЭРБ нет четких параллелей между выраженностью клинических проявлений болезни и наличием или отсутствием патологических изменений слизистой оболочки пищевода, свидетельствующих о наличии эзофагита. Таким образом, термином ГЭРБ, на сегодняшний день, обозначаются все случаи патологического заброса агрессивного содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки в пищевод с развитием характерных клинических симптомов вне зависимости от того, возникают ли при этом морфологические изменения слизистой оболочки пищевода или нет. В первом случае принято говорить о «эндоскопически позитивной ГЭРБ» с развитием «рефлюкс-эзофагита», во втором — «об эндоскопически негативной ГЭРБ» или «неэрозивной рефлюксной болезни» (НЭРБ). В качестве третьей клинической формы заболевания на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 2002 г.) выделен пищевод Барретта.

Тенденция к увеличению заболеваемости ГЭРБ явилась основанием провозгласить на 6-й Европейской гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997) лозунг «XX век — век язвенной болезни, XXI век — век ГЭРБ».

Актуальность проблемы ГЭРБ заключается в том, что в клинической картине ГЭРБ, наряду с пищеводными симптомами, могут отмечаться и внепищеводные симптомы: сердечные, легочные, оториноларингологические, стоматологические, которые могут выходить на первый план в клинической картине и оказывать влияние на прогноз у конкретного пациента. Внепищеводные симптомы, в соответствии с Монреальским консенсусом по ГЭРБ (2006), подразделяются на две группы [2]: достоверно связанные с ГЭРБ (рефлюкс-кашель, рефлюкс-ларингит, рефлюкс-астма и рефлюкс-кариес) и вероятно связанные с ГЭРБ (фарингит, синусит, идиопатический легочный фиброз, рецидивирующий отит). К возможным осложнениям ГЭРБ относятся структура пищевода, пептическая язва, кровотечение из язв пищевода. Наиболее значимыми осложнениями считаются пищевод Барретта (метаплазия желудочным или тонкокишечным эпителием дистальной трети пищевода) и adenокарцинома.

Монреальский консенсус [2] рассматривает ГЭРБ как «состояние, развивающееся в случаях, когда заброс содержимого желудка в пищевод вызывает у больного причиняющие неудобство симптомы и/или приводит к развитию осложнений». Эксперты допускают постановку диагноза ГЭРБ без эндоскопического исследования, на основании только наличия симптомов (прежде всего, изжоги), которые причиняют неудобство пациенту, например один эпизод умеренных или сильно выраженных симптомов или два эпизода слабой интенсивности в неделю [2].

Европейский алгоритм [3], основанный на Гштадском руководстве по лечению ГЭРБ (Gstaad Treatment Guidelines, 2008), выделяет три уровня оказания помощи пациентам с ГЭРБ: самолечение, первичная медицинская помощь (врач общей практики или терапевт), специализированная медицинская помощь (гастроэнтеролог). Обращение к врачу общей практики или терапевту рекомендуется при наличии у пациента изжоги и других симптомов ГЭРБ два и более раз в неделю. На этапе первичной медицинской помощи алгоритм также допускает постановку диагноза ГЭРБ только на основе типичных клинических проявлений заболевания [3].

Дифференциальный диагноз. На сегодняшний день наличие изжоги у пациента врачом общей практики связывается в первую очередь с ГЭРБ. Сложившаяся доминанта имеет свои плюсы и минусы [4]. К плюсам следует отнести более серьезное отношение к изжоге — не только как к диагностической погрешности, а как к ведущему симптуму конкретного заболевания.

К минусам установившейся тесной ассоциации изжоги и ГЭРБ следует отнести возможность пропуска врачом общей практики у пациента другой патологии органов пищеварения, которая может быть более серьезной, чем ГЭРБ, а также недоработка возможных изменений со стороны других органов и систем, прежде всего сердечно-сосудистой системы.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), которую можно выявить при рентгенологическом исследовании в положении Тренделенбурга (колено-локтевом), нередко сопровождается появлением у пациента изжоги. Выделяют два типа ГПОД — аксиальную (скользящую) и параэзофагеальную. К другим клиническим проявлениям ГПОД относятся регургитация, дисфагия, боль в нижней части грудины, которая может иррадиировать в спину, в левое плечо, в левую руку, как при стенокардии. Обычно боль имеет жгучий характер, реже проявляется ощущением инородного тела, вздутием, давлением и часто возникает в положении лежа, при наклоне вперед, после еды, т. е. в тех ситуациях, когда повышается внутрибрюшное давление.

Изжога и боль — типичные симптомы скользящей ГПОД, сопровождающейся гастроэзофагеальным рефлюксом вследствие нарушения запирательной функции кардии. Дисфагия чаще возникает при фиксированной параэзофагеальной грыже, обусловленной сдавлением пищевода содергимым грыжевого мешка.

Параэзофагеальная фиксированная грыжа распознается при обычном рентгеновском исследовании. Для обнаружения скользящей грыжи используют метод позиционного исследования с барием, позволяющий в различных положениях тела выявить миграцию абдоминальной части пищевода и кардиального отдела через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную клетку и регургитацию контрастного

вещества в дистальную часть пищевода. Следует отметить, что дно желудка при формировании скользящей ГПОД редко является частью грыжевого выпячивания.

При эндоскопическом исследовании у пациента с аксиальной ГПОД на первый план выходят признаки рефлюкс-эзофагита. Среди других изменений можно отметить наличие отека, гиперемии, подслизистых геморрагий или эрозий в субкардиальном и кардиальном отделах желудка.

Одной из наиболее частых причин упорной изжоги являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и хронический неатрофический гиперсекреторный антральный гастрит (хронический гастрит типа В). Эти заболевания в большинстве случаев протекают на фоне повышенной желудочной секреции, усиленной выработки соляной кислоты и пищеварительных ферментов в желудке. Однако не стоит забывать, что изжога может встречаться не только при нормальной и повышенной кислотности желудочного сока, но даже при ахилии.

Изжога может доминировать в клинической картине рака кардиального отдела желудка. Вначале это может быть чувство жжения при прохождении пищи по пищеводу, царапанье и «неловкость» при проглатывании пищи. По мере прогрессирования процесса присоединяется выраженная дисфагия. Часто отмечается боль в эпигастральной области под мечевидным отростком, нередко иррадиирующая в область сердца. В связи с этим врач общей практики должен помнить, что наличие дисфагии, одинофагии (боль при глотании) в сочетании с анемией в общем анализе крови необходимо считать тревожными симптомами. Наличие любого из этих симптомов у пациента требует проведения тщательного инструментального обследования для исключения опухоли пищевода.

Широкий интерес к некислотным повреждающим факторам возник при внедрении в диагностику ГЭРБ методики суточной pH-метрии. В качестве консолидирующего для этой группы факторов используется термин «дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс». Состав некислого рефлюката может быть различным — желчь, панкреатический сок, лизолецитин и другие компоненты дуоденального

Диагностика и лечение

секрета. Пациенты, наряду с изжогой, отмечают чувство горечи. Развитию дуоденогастрального рефлюкса в первую очередь, способствуют функциональные и органические заболевания билиарного тракта. Их диагностика и последующая коррекция выявленных нарушений являются наиболее эффективными в плане устранения изжоги.

Изжоге могут сопутствовать и другие гастроэнтерологические симптомы, ассоциированные с нарушением моторики и/или гиперчувствительностью желудка к растяжению: чувство тяжести, переполнения, раннего насыщения, вздутие живота, которые могут возникать во время или сразу после приема пищи. Разграничение патологии пищевода и функциональной диспепсии (ФД) является весьма сложным аспектом диагностики. В материалах Римского консенсуса III констатируется, что изжога и диспепсия широко распространены и могут существовать одновременно. Наличие изжоги не исключает диагноза постприандиального дистресс-синдрома (ПДС) или эпигастрального болевого синдрома (ЭБС). При доминировании диспептических жалоб ГЭРБ без эзофагита является сопутствующим диагнозом.

Изжога может быть обусловлена приемом лекарственных препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера (антагонисты кальция, антихолинергические препараты, бета-адреноблокаторы, теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты) или сами могут явиться причиной воспаления (нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоидные гормоны, доксициклин, хинидин). В связи с этим важным фактором становится тщательно собранный анамнез врачом общей практики при первичном контакте с пациентом и учет возможного наличия недостаточности нижнего пищеводного сфинктера у курируемого пациента при назначении препаратов из вышеперечисленных групп.

Пациент с ишемической болезнью сердца может субъективно ощущать проявления стенокардии как чувство жжения, которое локализуется чаще за грудной (в верхней или средней ее трети). К основным факторам, провоцирующим приступ стенокардии, относятся: физическая нагрузка — быстрая ходьба, подъем в гору или по

лестнице, перенос тяжестей; повышение артериального давления; холод; обильный прием пищи; эмоциональный стресс.

Для типичной стенокардии характерна преимущественная иррадиация в левую руку, плечо, лопатку, шею, нижнюю челюсть. Приступ стенокардии проходит в покое и купируется в течение нескольких секунд или минут при приеме нитроглицерина.

Интенсивность стенокардитической боли может быть различной — от умеренной до выраженной, заставляющей пациентов останавливаться при ходьбе, стонать или даже кричать. Продолжительность около 3–5 минут, редко до 10 минут. Считается, что боль при стенокардии нарастает постепенно в виде следующих друг за другом, усиливающихся приступов жжения и сжатия, достигает максимума и затем быстро исчезает. Длительность нарастания боли всегда значительно превышает длительность ее исчезновения.

Стенокардитические боли необходимо дифференцировать не только с изжогой, но и с болями в грудной клетке не коронарного происхождения (*angina-like chest pain*), которые часто связаны с патологией пищевода и могут иметь место при ГЭРБ. Клинические проявления болей в грудной клетке, связанных с рефлюксом, имеют определенные особенности: жгучий характер, локализацию за грудиной, отсутствие иррадиации. Рефлюксные боли связаны с приемом пищи, перееданием, погрешностями в диете; возникают при перемене положения тела (наклоны, горизонтальное положение); уменьшаются или проходят после приема антацидов, щелочных минеральных вод или антисекреторных препаратов, сочетаются с изжогой и/или дисфагией.

Среди прочих возможных причин возникновения изжоги следует учитывать состояния, приводящие к повышению внутрибрюшного давления: беременность, аспит, гепатосplenомегалия, метеоризм, запор, хроническая обструктивная болезнь легких и другие. Адекватное лечение основного заболевания в данном случае является гарантией ликвидации и симптомокомплекса изжоги.

Лечение. До начала медикаментозной терапии врачу общей практики следует обратить внимание пациента на необходи-

мость коррекции характера и режима питания; изменения образа жизни.

Диетические рекомендации пациентам, страдающим изжогой, должны сводиться к следующим основным правилам:

- с целью уменьшения массы тела пища не должна быть слишком калорийной;
- необходимо исключить систематическое переедание, «перекусывание» в ночное время;
- целесообразен прием пищи малыми порциями;
- между блюдами оправдан 15–20-минутный интервал;
- после еды нельзя ложиться, лучше всего походить в течение 20–30 минут;
- последний прием пищи должен быть не менее чем за 3–4 часа до сна;
- не употреблять пиво, любые газированные напитки, шампанское (они увеличивают внутрижелудочное давление, стимулируют кислотообразование в желудке);
- исключить из рациона продукты, богатые жиром (цельное молоко, сливки, жирная рыба, гусь, утка, свинина, жирные говядина и баранина, торты, пирожные), напитки, содержащие кофеин (кофе, крепкий чай, кола), шоколад, продукты, содержащие мяту перечную и перец (все они снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера), цитрусовые, томаты, лук, чеснок, жареные блюда (эти продукты оказывают прямое раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода);
- ограничить употребление сливочного масла и маргарина;
- рекомендуется 3–4-разовое питание с повышенным содержанием белка (белковая пища повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера).

Приведенные диетические рекомендации у некоторых больных оказывают положительный эффект и повышают лечебную активность фармакотерапии.

Советы врача общей практики по изменению образа жизни могут быть сведены к следующим рекомендациям:

- исключение строго горизонтального положения во время сна (необходимо поднять головной конец кровати

на 15–20 см). Это реально снижает число рефлюксных эпизодов и их продолжительность, так как повышает эзофагеальное очищение (пищеводный клиренс) за счет влияния силы тяжести;

- снижение массы тела;
- исключение поднятия тяжестей массой более 8–10 кг и работ, связанных со статической нагрузкой, наклонами туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса (система йогов и т. п.);
- исключение ношения корсетов, бандажей, тугих поясов, повышающих внутрибрюшное давление;
- отказ от табакокурения (курение снижает тонус нижнего пищеводного сфинктера) и злоупотребления алкоголем.

Медикаментозная терапия начинается с «терапии по требованию» при наличии эпизодической изжоги. Традиционно с этой целью используются антациды и алгинаты. К относительно новым рекомендациям относится применение «половинных» доз блокаторов Н₂-гистаминорецепторов и ингибиторов протонной помпы с ускоренным высвобождением. Так, однократный прием препарата ранитидина в дозировке 75 мг (ранисан) эффективно устраниет эпизодическую изжогу и другие симптомы желудочной диспепсии. Эффект наступает уже через 30 минут и продолжается до 12 часов, при этом отсутствует необходимость дополнительного приема антацидных препаратов [5].

Все перечисленные препараты в настоящее время относятся к категории безрецептурных и могут в соответствии с рекомендациями гштадского алгоритма [3] использоваться пациентами для самолечения при эпизодическом возникновении изжоги или других симптомов ГЭРБ (1 раз в неделю и реже).

Необходимо отметить, что в ряде случаев самолечение может приводить к неполному контролю симптомов заболевания, развитию осложнений или маскировать другие заболевания пищевода, в том числе и злокачественные новообразования. Усугубляет риск пропустить более серьезную патологию многочисленная реклама различных препаратов для купирования

Диагностика и лечение

изжоги в общедоступных средствах масовой информации. В большинстве рекламных материалов фармацевтических компаний отсутствует предупреждение пациента о возможности самостоятельного приема этих средств не более 7–10 дней и дальнейшей необходимости обратиться за консультацией к врачу.

Обращение к врачу общей практики или терапевту, в соответствии с алгоритмом ведения пациентов с ГЭРБ [3], целесообразно при наличии симптомов ГЭРБ 2 и более раз в неделю. Алгоритм на данном этапе предполагает постановку диагноза ГЭРБ на основе типичных клинических проявлений заболевания. Однако нецелесообразно, без веских на то оснований, отказываться от проведения эндоскопического исследования уже на данном уровне.

При неэффективности немедикаментозных мероприятий и терапии по требованию у пациентов без нарушения целостности слизистой оболочки пищевода возможен курсовой прием блокаторов H_2 -гистаминорецепторов в стандартной суточной дозе: фамотидин 40 мг или ранитидин 300 мг в течение 2-х недель.

При отсутствии эффекта следует перейти к более мощным антисекреторным препаратам — ингибиторам протонной помpy, которые назначают в дозе 20 мг/сутки (омепразол, рабепразол, эзомепразол), 30 мг/сутки (лансопразол) или 40 мг/сутки (пантопразол), при недостаточном эффекте их дозу увеличивают вдвое.

При наличии у пациентов клинических симптомов, ассоциированных с нарушением моторики желудка и/или с повышенной чувствительностью желудка к растяжению, целесообразно дополнить лечение прокинетиками.

Применение прокинетиков при ГЭРБ продиктовано главным механизмом патогенеза заболевания и позволяет устраниć регургитацию содержимого желудка в пищевод, снижая процент рецидивов заболевания. Регуляторы моторной функции ЖКТ (прокинетики) приводят к восстановлению нормального физиологического состояния пищевода. Прокинетики уступают в эффективности антисекреторным средствам при лечении всех клинических форм ГЭРБ, поэтому применяются только в комбинации с антисекреторными препаратами.

Антагонисты допаминовых рецепторов (метоклопрамид, домперидон) повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают клиренс пищевода, ускоряют эвакуацию из желудка, способствуют улучшению антравально-дуоденальной координации. Наиболее перспективным прокинетиком, ввиду двойного механизма действия, является итоприда гидрохлорид (итомед) в дозе 50 мг 3 раза в сутки до еды. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счет antagonизма с допаминовыми D_2 -рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Итоприда гидрохлорид активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Препарат оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. За счет взаимодействия с D_2 -рецепторами, расположенными в тригерной зоне, он оказывает также противорвотный эффект, вызывая дозозависимое подавление рвоты, вызванной апоморфином.

К регуляторам моторной функции ЖКТ можно отнести и сульпирид (просульпин) — препарат из группы замещенных бензамидов. Сульпирид улучшает не только моторику, но и кровоснабжение ЖКТ, оказывает антиэмитический (противорвотный) эффект. Благоприятны для пациента антидепрессивное, противорвотное (анксиолитическое) и активирующее (антиастеническое) действие сульпирида.

Наличие симптомов «тревоги», атипичных внепищеводных проявлений заболевания и неэффективность антисекреторной терапии в течение 4-х недель служат основанием для консультации гастроэнтеролога.

На этапе специализированной помощи гастроэнтерологом гштадский алгоритм [3] предусматривает обязательное проведение эндоскопического исследования и при необходимости других инструментальных исследований (суточная pH-метрия, pH/импедансометрия, pH/билеметрия, манометрия).

Важное значение приобретает соблюдение необходимой длительности антисекреторной терапии: при НЭРБ или при рефлюкс-эзофагите степеней А и В — 4–8 недель, а при наличии эзофагита степеней С и D длительность терапии должна

составлять не менее 8 недель. В первом случае при положительном клиническом ответе рекомендуется продолжить терапию ИПП в поддерживающем режиме или в режиме «по требованию» в стандартной дозе на протяжении 3–6 месяцев. При наличии рефлюкс-эзофагита степеней С и D необходима более длительная поддерживающая терапия.

При назначении длительного лечения ГЭРБ антисекреторными средствами следует провести эрадикацию *H. pylori* по схемам, регламентируемым международными Маастрихтскими соглашениями (Маастрихт-4, 2011) и рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации (2012), так как в условиях подавления желудочной секреции хеликобактерный гастрит прогрессирует в атрофический более быстрыми темпами [6].

При негативном ответе на 8-недельный курс антисекреторной терапии, вне зависимости от формы ГЭРБ, целесообразно увеличить суточную дозу ИПП в 2 раза и добавить препараты сопровождения, если они ранее не применялись, на срок от 8 до 12 недель.

При наличии некислотных повреждающих факторов, и прежде всего дуоденогастроэзофагеального рефлюкса, установлено, что терапия ИПП приводит к уменьшению частоты «кислых» рефлюксов, но увеличивает частоту дуодено-гастроэзофагеального рефлюкса. В этой ситуации в терапии ГЭРБ на первый план выходят препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) и цитопротекторы.

Применение УДХК способствует уменьшению клинических симптомов ГЭРБ у пациентов с наличием билиарного рефлюкса и снижает суточную потребность в антацидных препаратах. Традиционная схема применения препаратов УДХК при ГЭРБ предполагает прием однократный прием 1 капсулы (250 мг) в сутки, перед сном, курс лечения составляет от 10–14 дней до 6 мес., при необходимости — до 2 лет. Исследования последних лет показали, что при билиарном рефлюксе наиболее оптимальной следует считать дозу 500 мг в 1 сутки, в 2 приема, при длительности курса лечения не менее 2 месяцев. Назначение препаратов урсодезоксихолевой кислоты пациентам с «пищеводом

Барретта», наряду с улучшением клинической симптоматики, достоверно снижает риск развития adenокарциномы пищевода.

При отсутствии эффективного медикаментозного лечения больных ГЭРБ показано хирургическое лечение. Однако хирургическое лечение может быть оправдано лишь при тяжелом течении этого заболевания, с наличием у пациентов эрозивно-язвенных поражений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, эпизодов повторных кровотечений, пептических стриктур пищевода, развитием синдрома Барретта с дисплазией эпителия высокой степени. С этой целью в настоящее время больным проводится эндоскопическая или «открытая» фундопликация по Ниссену в различных модификациях. Однако при незначительно выраженным рефлюкс-эзофагите, особенно у пациентов с психоэмоциональными нарушениями, фундопликация по Ниссену часто оказывается безуспешной. Поэтому таким больным показано длительное медикаментозное лечение.

Диспансерное наблюдение. Несмотря на то, что ГЭРБ является хроническим и прогрессирующим заболеванием со склонностью к обострению, все же диспансерное наблюдение и рациональное лечение почти в 100% случаев могут обеспечить ремиссию болезни. Больные ГЭРБ берутся под диспансерное наблюдение пожизненно. При наличии ремиссии обследование проводится 1 раз в год и включает: оценку жалоб и физического статуса, проведение общего анализа крови и мочи.

Контрольные эндоскопические исследования верхних отделов пищеварительного тракта проводятся больным, у которых либо не наступила ремиссия, либо был диагностирован «пищевод Барретта».

Профилактические курсы медикаментозной терапии целесообразно проводить только по требованию, то есть при возврате симптомов (изжога, срыгивание, чувство жжения за грудиной и др.).

Обоснованием активного диспансерного наблюдения больных пищеводом Барретта является возможность предупреждения adenокарциномы пищевода путем ранней диагностики дисплазии эпителия, принципиально излечиваемого предракового состояния.

Таким образом, несмотря на кажущуюся простоту, диагностическая и лечебная тактика при изжоге имеет ряд характерных особенностей, которые необходимо учитывать врачу общей практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Изжога — симптом, требующий от врача мозгового штурма // Медицинский вестник. — 2012. — № 36. — С. 12–13.
2. Трухан Д.И., Журавлева И.А. Частота эпизодической изжоги у лиц молодого возраста // Клинико-эпидемиологические и этноэкологические проблемы заболеваний органов пищеварения // Материалы VII Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции. — Красноярск, 2007. — С. 37–38.
3. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA et al. Management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht IV. Florence Consensus Report Gut 2012; 61: 646–664.
4. Dent J, Brun J, Fendrick AM. An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report. Gut 1999; 44: 1–16.
5. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P et al. and the Global Consensus Group. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol 2006; 101: 1900–1920.
6. Tytgat GN, McColl K, Tack J et al. New algorithm for the treatment of gastro-esophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 2008; 27: 249–256.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Трухан Дмитрий Иванович, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения России», dmitry_trukhan@mail.ru

Тарасова Лариса Владимировна, д-р мед. наук, доцент, главный гастроэнтэролог МЗСР Чувашской Республики, заведующая Республиканским гастроэнтэрологическим центром, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 с курсом фтизиатрии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», tlarisagast18@mail.ru