

Респираторные проявления ГЭРБ

При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), обусловленной повреждениями пищевода, часто наблюдаются структурно-функциональные нарушения со стороны смежных органов и систем организма. Пищеводная симптоматика может маскироваться внепищеводными проявлениями ГЭРБ, что зачастую осложняет диагностику последней. Примерно четвертая часть всех случаев ГЭРБ имеет атипичную клиническую картину. Среди внепищеводных проявлений ГЭРБ отмечаются абдоминальные нарушения с симптоматикой метеоризма, рвотой, кардиальные нарушения с загрудинной болью, различные респираторные симптомы, а также стоматологические, оториноларингологические, гематологические проявления.

Респираторные маски ГЭРБ — пожалуй, наиболее частые внепищеводные проявления заболевания. Патологические нарушения в пищеводе могут быть причиной различной бронхолегочной патологии. Установлена роль ГЭРБ в патогенезе бронхиальной астмы, хронического кашля, хронического рецидивирующего бронхита, бронхообструкции, аспирационной пневмонии, хронической обструктивной болезни легких, пароксизмально-ночного апноэ и др.

Развитие респираторных нарушений при ГЭРБ может происходить двумя основными путями. При высоком забросе желудочного содержимого возможна его микроаспирация с последующими респираторными нарушениями, выраженность которых зависит от частоты аспирации, количества и состава рефлюктата. Микроаспирации способствуют анатомические особенности надгортанника или его дисфункция, приводящая к нарушению закрытия голосовой щели во время акта глотания. Определенную роль играют нарушение перистальти-

ки и тонуса пищевода, а также дисфункция верхнего пищеводного сфинктера. Дыхательные пути еще меньше, чем пищевод, защищены от разрушающего воздействия агрессивных компонентов желудочного и кишечного сока. Они повреждают слизистую оболочку бронхов, нарушают целостность альвеол, разрушают слой сурфактанта.

Возможен также и непрямой путь реализации респираторных нарушений через инициацию специфических рефлексов (прежде всего, эзофагобронхиального), вызываемых постоянным раздражением рецепторов пищевода в условиях воспалительного процесса. Такой механизм лежит в основе патогенеза ГЭРБ-зависимой формы бронхиальной астмы, при которой воспалительный процесс в пищеводе приводит к раздражению чувствительных вагусных рецепторов пищевода, вызывая развитие астматических приступов. По данным разных авторов, гастроэзофагеальный рефлюкс выявляется у 30–90% пациентов с бронхиальной астмой.

На роль гастроэзофагеального рефлюкса в патогенезе бронхиальной астмы могут указывать особенности течения заболевания. Для бронхиальной астмы, возникающей на фоне ГЭРБ, характерно позднее начало, появление астматических приступов после приема пищи, усиление симптомов в горизонтальном положении тела, а также при наклонах. При выраженности пищеводных симптомов ГЭРБ можно заметить закономерное развитие приступов кашля, хрипов, диспноэ сразу после рефлюкса.

Наиболее частыми клиническими проявлениями микроаспирации желудочно-кишечного содержимого в



Установлена роль ГЭРБ в патогенезе бронхиальной астмы, хронического кашля, хронического рецидивирующего бронхита, бронхообструкции, аспирационной пневмонии, хронической обструктивной болезни легких, пароксизмального ночного апноэ и др.

время, а также при изменении положения тела из горизонтального в вертикальное, например, при утреннем пробуждении. При прогрессировании болезни, воспалении бронхов вследствие длительного воздействия на слизистую оболочку агрессивного рефлюктата, кашель усиливается, приобретает формы воспалительного характера, проявляется и в дневное время. Это создает определенные трудности в определении его этиологии. При дифференциации хронического кашля необходимо учитывать диагностические критерии ГЭРБ.

Для подтверждения рефлюкс-зависимого происхождения респираторных симптомов необходимо учитывать патогенетические особенности и вариабельность клинической картины ГЭРБ.

В нормальных физиологических условиях после приема пищи могут возникать непродолжительные единичные эпизоды рефлюкса. Защитные механизмы обеспечивают быструю нейтрализацию рефлюктата и возвращение его в желудок. Химическую нейтрализацию обеспечивают буферные системы слюны и слизи с бикарбонатами, секретлируемая собственными железами пищевода.

При нарушении моторной функции пищевода и несостоятельности желез рефлюктат задерживается в пищеводе и успевает оказать деструктивное воздействие на слизистую оболочку. При этом свою роль играют агрессивные свойства рефлюктата. Вероятность повреждения слизистой пищевода повышается при гиперсекреции соляной кислоты париетальными клетками желудка в случае желудочного рефлюктата или гиперсекреции желчи и панкреатического сока в случае дуоденального рефлюктата.

В большинстве случаев клинические проявления ГЭРБ ассоциируются исключительно с комплексом пищеводных симптомов, но нередко болезнь проявляется одним-двумя симптомами, зачастую — атипичными внепищеводными. В этой связи большое значение в диагностике ГЭРБ имеют различные инструментальные и специальные методы исследования. Рентгенологическое исследование позволяет выявить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, наличие стриктуры пищевода или диффузного эзофагоспазма. С помощью эзофагоскопии выявляют патологические изменения слизистой оболочки пищевода (рефлюкс-эзофагит). Таким образом, рентгенологическое исследование и эзофагоскопия полезны при наиболее тяжелых формах ГЭРБ.

Более половины случаев ГЭРБ не связаны с анатомическими патологическими изменениями пищевода и протекают без эрозии слизистой оболочки. Поэтому более информативным методом диагностики ГЭРБ является суточная рН-метрия. Она позволяет установить факт наличия патологического рефлюкса и оценить его качественные и количественные характеристики. Использование при рН-метрии нескольких регистрационных датчиков дает возможность определить высоту заброса желудочно-кишечного содержимого, что может быть полезно при диагностике

трахею и бронхи и рефлекторного бронхоспазма является хронический кашель. В 10% всех случаев хронический кашель является следствием ГЭРБ, будучи нередко единственным наблюдаемым симптомом данной патологии.

Индукцированный желудочно-кишечным рефлюксом хронический кашель чаще всего имеет непродуктивный характер. Он может сопровождаться загрудинной болью без кровохарканья и рентгенологических изменений, характерных для воспалительных респираторных заболеваний. Характерна связь с приемом пищи. Такой кашель зачастую проявляется в ночное



рефлюкс-индуцированной респираторной патологии. Серьезной преградой для широкого применения рН-метрии в клинической практике является ее большая трудоемкость и неудобства процедуры для пациента.

Для диагностики ГЭРБ с атипичным течением, в том числе с респираторными проявлениями, предложено использовать пробное лечение антисекреторными препаратами из группы ингибиторов протонной помпы (ИПП). Доказательством наличия ГЭРБ является положительный эффект терапии ИПП, выражающийся в снижении выраженности симптомов болезни вплоть до их полного исчезновения. Неинвазивность и безвредность теста с помощью ИПП, а также высокая чувствительность дают основание рассматривать его в качестве метода выбора при диагностике ГЭРБ, особенно в сомнительных случаях и при атипичном течении.

Нормализация кислотосекретирующей функции желудка является одной из главных терапевтических задач при лечении ГЭРБ. Препараты из группы ИПП наиболее предпочтительны для решения этой задачи. ИПП обладают выраженным антисекреторным действием, непосредственно влияют на кислотопродуцирующие париетальные клетки желез желудка. При этом они практически не нарушают деятельность сфинктерного аппарата пищевода.

Эзолонг — современный препарат из группы ИПП, который оказывает самое быстрое и эффективное воздействие на симптомы ГЭРБ, в первую очередь изжогу. В его состав входят два активных компонента — эзомепразол с антисекреторными свойствами и антацид натрия гидрокарбонат.

Натрия гидрокарбонат при попадании в пищевод моментально нейтрализует соляную кислоту, инактивирует пепсины, тем самым оказывая цитопротекторное действие и способствуя эзофагеальному очищению от рефлюктата.

Феномен «постпрандиального кислотного кармана»

Д-р мед. наук, проф., Президент Украинской ассоциации гастроэнтерологов **Олег Яковлевич БАБАК**

«...В последние годы был описан феномен «постпрандиального кислотного кармана». Этот карман располагается в верхнем отделе желудка сразу за нижним пищеводным сфинктером. Оказалось, что у пациентов с ГЭРБ после приема пищи происходит более значительное растяжение стенки желудка сразу за нижним пищеводным сфинктером, чем у здоровых лиц (4–6 см против 2 см). Поскольку этот «карман» может существовать до 2 ч после приема пищи и оставаться высококислотным по сравнению с остальной частью содержимого желудка, поступающая пища не способна обеспечить равномерное защелачивание содержимого в просвете желудка — образуются, как минимум, два разных по кислотности слоя. Таким образом,

отсутствие гомогенности содержимого желудка может объяснять частый кислотный гастроэзофагеальный рефлюкс после еды. Исходя из этого, считается, что антациды могут повышать рН локально и вследствие этого облегчать симптомы рефлюкса из «кислотного кармана».

При приеме Эзолонга натрия гидрокарбонат нейтрализует соляную кислоту, находящуюся в желудке. У пациентов происходит почти мгновенное купирование основного синдрома ГЭРБ — изжоги. Эзомепразол неустойчив в кислой среде, поэтому для приема внутрь используют таблетки, содержащие гранулы препарата и покрытые оболочкой, устойчивой к действию желудочного сока. Наличие в составе таблетки Эзолонга натрия гидрокарбоната способствует повышению

Эзомепразол — S-изомер омепразола, значительно превосходящий его по фармакокинетическим, фармакодинамическим и терапевтическим свойствам. Устойчивая молекулярная форма эзомепразола позволяет поддерживать в организме высокую терапевтическую дозу ИПП более длительный период, обеспечивая пролонгированное действие препарата и лучший клинический результат.

Комбинация натрия гидрокарбоната и эзомепразола позволяет при однократном приеме Эзолонга получать быстрый и в то же время пролонгированный терапевтический эффект — моментальное избавление от изжоги и длительное поддержание оптимального уровня внутрижелудочного рН.

УВ



pH и, таким образом, защищает эзомепразол от действия соляной кислоты желудка.

Одновременно происходит усиление абсорбции эзомепразола, что позволяет быстро (через 30 мин после приема дозы) достигнуть пиковых концентраций в плазме крови. Эзомепразол ингибирует как базальную, так и стимулированную желудочную секрецию. Благодаря взаимному потенцированию эффектов не развивается синдром «рикошета». Наличие двух компонентов позволяет очень быстро на длительное время и с наибольшей безопасностью снизить секрецию соляной кислоты в желудке. Удачная композиция препарата оптимизирует метаболизм его компонентов, что позволяет назначать Эзолонг при коморбидной патологии, в том числе для лиц пожилого возраста» (*Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. От теории к практике / Сучасна гастроентерологія. — 2014. — Т. 78, № 4 — С. 133–139*).



ЕЗОЛОНГ®— 20, ЕЗОЛОНГ®— 40

Витяг з інструкції для медичного застосування:

Склад: діюча речовина: esomeprazole; 1 таблетка містить езомепразолу магнію тригідрату еквівалентно езомепразолу 20 мг або 40 мг.

Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Фармакотерапевтична група. Засоби для лікування пептичної виразки та гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби. Інгібітори протонного насоса. Код АТС А02В С05.

Показання. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба: лікування ерозивного рефлюкс-езофагіту; тривала профілактика рецидивів у пацієнтів із вилікованим езофагітом; симптоматичне лікування гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби. Разом з антибактеріальними засобами для ерадикації *Helicobacter pylori*: лікування виразки дванадцятипалої кишки, пов'язаної з *Helicobacter pylori*; запобігання рецидивам пептичних виразок у хворих на виразки, спричинені *Helicobacter pylori*.

Протипоказання. Відома підвищена чутливість до езомепразолу, до замінених бензимидазолів або інших компонентів препарату. Дитячий вік. Не слід застосовувати разом з атазанавіром.

Побічні реакції. З боку системи крові та лімфи: лейкопенія, тромбоцитопенія, агранулоцитоз, панцитопенія. З боку імунної системи: реакції гіперчутливості, такі як лихоманка, ангіоневротичний набряк та анафілактичний шок. Метаболічні порушення: периферичні набряки, гіпонатріємія. З боку психіки: безсоння, збудження, депресія, сплутаність свідомості, агресія, галюцинації. З боку нервової системи: запаморочення, головний біль, слабкість, парестезія, сонливість, порушення смаку. З боку органа зору: нечіткість зору, кон'юнктивіт. З боку дихальної системи: бронхоспазм.

З боку травного тракту: біль у животі, запор, діарея, здуття живота, нудота, блювання, сухість у роті, стоматит, кандидоз травного тракту. З боку

гепатобілярної системи: підвищення рівнів печінкових ферментів, гепатит з або без жовтяниці, печінкова недостатність, енцефалопатія у пацієнтів із захворюваннями печінки. З боку шкіри та м'яких тканин: дерматит, свербіж, висипання, алопеція, фото чутливість, мультиформна еритема, синдром Стівенса — Джонсона, токсичний епідермальний некроліз. З боку кістково-м'язової системи: артралгія, м'язова слабкість. З боку сечовидільної системи: інтерстиціальний нефрит. З боку репродуктивної системи: гінекомастія. Загальні порушення: слабкість, посилення потовиділення. Категорія відпуску. За рецептом.



Виробник. Сінмедик Лабораторіз, Індія.
Р. П. UA/11328/01/01, UA/11328/01/02, наказ МОЗ №287 від 18.05.2011.

Інформація про лікарський засіб призначена для фахівців медичної та фармацевтичної сфер діяльності та для розповсюдження на спеціалізованих заходах з медичної тематики. Перед призначенням уважно ознайомтеся з повною інформацією про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування. За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Сінмедик ЛТД», Україна, м. Київ, вул. Сікорського, 8, Бізнес-центр «Флора-Парк».

Тел: +380 (44) 456-99-33. www.synmedic.com.ua