



В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) занимает ведущее место. По данным эпидемиологических исследований, ГЭРБ диагностируют у каждого третьего жителя Западной Европы и Северной Америки (Стебунов С. С. и соавт., 2006).

Коварство гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Существуют разные определения ГЭРБ, что связано с большим разнообразием клинических проявлений заболевания и разными подходами к оценке их нозологической значимости. Современное консенсусное определение рассматривает ГЭРБ как хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся непроизвольным спонтанным и регулярно повторяющимся патологическим затеканием или забросом (рефлюксом) желудочного или желудочно-дуоденального содержимого в пищевод. В результате действия агрессивных компонентов среднего отдела пищеварительного тракта развиваются воспалительные процессы в дистальном отделе пищевода, нарушаются структурно-функциональные свойства слизистой оболочки.

Прогрессирование заболевания может приводить к опасным осложнениям – образованию язв, кровотечениям, метапластическим изменениям эпителиальной пластинки слизистой оболочки (пищевод Баррета), аденокарциноме пищевода.

ГЭРБ проявляется характерными пищеводными симптомами – изжогой, дисфагией, отрыжкой воздухом или содержимым желудка, тошнотой. Также при ГЭРБ отмечается внепищеводная симптоматика, наличие которой нередко приводит к несвоевременной, а порой и неправильной диагностике заболевания. Наиболее часто проявляются гастроэнтерологические нарушения – рвота, метеоризм, боль в животе.

ГЭРБ может маскироваться под заболевания, симптоматика которых

обычно не связана напрямую с пищеварительной системой. Это, прежде всего, кардиальные «маски» в виде ретростернальных болей. Загрудинная боль чаще всего появляется в левой части грудной клетки и по этой причине нередко диагностируется неправильно как стенокардия. Почти в трети случаев при боли стенокардического характера диагноз не подтверждается данными коронарографии. Подавляющее большинство псевдокардиальных болей связано с ГЭРБ. Среди других кардиальных симптомов при ГЭРБ отмечаются транзиторные нарушения сердечного ритма и проводимости.

ГЭРБ может проявляться различными симптомами со стороны нижних дыхательных путей. Во время заброса кислого содержимого желудка в пищевод возможна его микроаспирация в трахею и бронхи с развитием бронхолегочной патологии – хронического кашля, бронхообструктивного синдрома, пневмонии. Врачу общей практики необходимо помнить, что до 10% необъяснимого хронического кашля может быть связано с наличием у пациента ГЭРБ. Известны случаи, когда хронический кашель являлся единственным симптомом ГЭРБ.

ГЭРБ также может проявляться оториноларингологическими патологическими признаками – першением в горле, ларингоспазмом, дисфонией, оталгией. Нарушения в пищеводе часто отражаются на состоянии ротовой полости и зубов в виде различной патологии – гингивита, пародонтита, эрозии эмали, кариеса. Гематологическим осложнением ГЭРБ является одна из форм анемии.

К развитию ГЭРБ приводит длительное воздействие агрессивных компонентов желудочного и дуоденального содержимого на слизистую оболочку пищевода. В физиологических условиях реакция среды в пищеводе умеренно кислая или нейтральная (рН=5,5–7). Перистальтические движения стенки пищевода обеспечивают одностороннее (от ротовой полости к желудку) продвижение пищи

и очищение пищевода от рефлюктата. Нижний пищеводный сфинктер играет роль «запирательного» антирефлюксного барьера, препятствующего попаданию содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки в пищевод.

Среди факторов, способствующих развитию ГЭРБ, ведущее место занимают нарушения функционирования нижнего сфинктера, связанные чаще всего с дефектом нейромышечного контроля, что приводит к частому и продолжительному спонтанному расслаблению сфинктера. В результате открывается просвет пищевода и в него попадает агрессивное содержимое нижележащих

К факторам, провоцирующим развитие ГЭРБ, относятся нарушение режима питания с употреблением больших объемов пищи, неадекватная физическая нагрузка, длительное наклонное положение тела, запоры, прием лекарственных препаратов, нарушающих функционирование нижнего пищеводного сфинктера (холинолитики, седативные средства, блокаторы β -адренорецепторов, спазмолитики, пероральные контрацептивы, прогестерон), а также курение и употребление алкоголя.

При типичном течении заболевания диагностика ГЭРБ сравнительно несложна. Однако во многих случаях

чекских методик, связанная с их высокой инвазивностью, в некоторых случаях недостаточной информативностью и низкой чувствительностью, создают определенные трудности для диагностики ГЭРБ.

Рентгенография важна при морфологических нарушениях, например, при диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, являющейся одной из многих причин развития недостаточности антирефлюксного барьера. Эндоскопия эффективна для диагностики ГЭРБ с эрозивными повреждениями слизистой оболочки пищевода и не выявляет неэрозивную ГЭРБ, которая может составлять до 65% всей патологии. Внутрижелудочная рН-метрия связана с трудоемким технологическим процессом, длящимся в течение суток и создающим неудобства для пациента.

В 1992 году в качестве диагностического метода кислотозависимых форм ГЭРБ было предложено использовать тест с ингибитором протонной помпы (ИПП). Согласно Генвальским рекомендациям (1999) ИПП являются «золотым стандартом» в антисекреторной терапии ГЭРБ.

Протонная помпа представляет собой белок, интегрированный в апикальную часть плазматической мембраны париетальных клеток желез фундального отдела желудка, синтезирующих соляную кислоту. Важным компонентом протонной помпы является $H^+ - K^+ - ATФ$ аза, катализирующая гидролиз АТФ в АДФ с высвобождением энергии для секреции из клетки протонов водорода в обмен на ионы калия. ИПП блокирует $H^+ - K^+ - ATФ$ азу, тем самым препятствуя выделению париетальной клеткой протонов водорода и снижая синтез соляной кислоты.

Тест с ИПП предполагает пробное в течение одной-двух недель лечение больного с симптомами ГЭРБ. Положительный терапевтический эффект ИПП дает основания для постановки диагноза ГЭРБ. Чувствительность теста с ИПП достигает 80–98%. Тест с ИПП не имеет достойной неинвазивной



отделов пищеварительной трубки. Чаще всего (до 95% всех случаев) это желудочный сок с соляной кислотой и пепсином, понижающий рН в пищеводе до значений менее 4. В более редких случаях – содержимое двенадцатиперстной кишки с желчью и панкреатическим соком, увеличивающее рН до значений свыше 7.

Развитию ГЭРБ также способствует снижение пищеводного клиренса, причинами которого может быть нарушение нейтрализующего действия слюны и слизи кардиальных желез пищевода, угнетение вторичной перистальтики, возникающей при местном растяжении стенки пищевода проходящим комком пищи, несвоевременная эвакуация содержимого желудка, повышение внутрибрюшного давления.

«...При приеме Эзолонга в дозе 40 мг/сут лечение рефлюкс-эзофагита наступает в течение 4 недель приблизительно у 80% пациентов, через 8 недель – у 95%»

(Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. От теории к практике / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – №4(78). – 2014. – С.133–139.

врачу приходится сталкиваться с атипичными проявлениями болезни с внепищеводной симптоматикой, когда ГЭРБ протекает под маской других заболеваний – сердечно-сосудистых, оториноларингологических, бронхолегочных, стоматологических.

Многообразие клинической симптоматики, возможность кратковременного проявления гастроэзофагеального рефлюкса у здоровых людей после приема пищи, ограниченность диагности-

альтернативы. Эмпирическая терапия ИПП безвредна и легко переносится пациентами в отличие от других диагностических методов – рентгенологического исследования, эндоскопии, рН-метрии. В настоящее время тест с ИПП рассматривается как диагностический метод выбора для пациентов молодого и среднего возраста с наличием рефлюксного синдрома и при отсутствии тревожных симптомов. Особенно он полезен у пациентов с внепищеводной симптоматикой.

ГЭРБ относят к кислотозависимым заболеваниям в связи с ведущей ролью агрессивного потенциала соляной кислоты в ее патогенезе. Поэтому антисекреторные препараты являются одним из ведущих компонентов медикаментозной терапии ГЭРБ. Среди широкого арсенала лекарственных средств с антисекреторными свойствами предпочтение отдается ИПП, которые непосредственно влияют на

процесс продукции соляной кислоты в желудке.

Среди представленных на фармацевтическом рынке антисекреторных средств из группы ИПП своей эффективностью выделяется комбинированный препарат Эзолонг. В его состав входят два вещества – эзомепразол (20 или 40 мг), обладающий антисекреторными свойствами, и натрия гидрокарбонат (1080 мг) с антацидными свойствами. Такое сочетание компонентов Эзолонга позволяет при однократном приеме получать быстрый и в то же время пролонгированный терапевтический эффект – моментальное избавление от изжоги и длительное поддержание внутрижелудочного рН на уровне выше 4.

Антацид натрия гидрокарбонат быстро нейтрализует соляную кислоту, инактивирует пепсины, оказывая цитопротекторное действие и способствуя эзофагеальному очищению от рефлютата. В результате у пациента в течение

первых минут исчезает изжога и боль.

Эзомепразол относится к наиболее эффективному ИПП. Являясь левовращающим изомером (S-изомер) омепразола, эзомепразол превосходит последний по своим фармакокинетическим, фармакодинамическим и терапевтическим свойствам. Благодаря более устойчивой молекулярной форме эзомепразол меньше подвергается гидроксигированию с участием цитохрома P450 в печени. В результате в организме более длительный период поддерживается высокая эффективная терапевтическая концентрация ИПП (Anderson T. et al., 2000; Lind T. et al., 2000), что обеспечивает пролонгированное действие препарата и лучший клинический результат. При этом сохраняется такой же профиль безопасности, как у омепразола. Эзомепразол также показал высокую эффективность в контроле желудочной секреции по сравнению с другими известными ИПП.

Список литературы находится в редакции

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 гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Інгібітори протонного насоса. Код АТС А02В С05.

Показання. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: лікування ерозивного рефлюкс-езофагіту; тривала профілактика рецидивів у пацієнтів із вилікованим езофагітом; симптоматичне лікування гастроєзофагеальної 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 виразку, спричинені *Helicobacter pylori*.

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

Побічні реакції. З боку системи крові: алімпфі: 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 гепатобіліарної 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 Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз. З боку кістково-м'язової системи: артралгія, м'язьга, 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