

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

З.К. Жумадилова, Р.С. Аубакирова, К.Ш. Жылкыбаева, Н.Р. Баркибаева, Г.К. Калимолдина
 Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Как было замечено «XX век – век язвенной болезни, XXI век – век гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (Бирмингем, 1997). Действительно, в качестве самостоятельной нозологической единицы ГЭРБ принят только в 1997г. Актуальность патологии обусловлена широкой распространенностью, маскировкой ГЭРБ под лор, бронхолегочные, кардиальные заболевания, диагностикой в 10-35% случаев тяжелых, в том числе предракловых форм ГЭРБ [1,2,3]. Причины ГЭРБ: ожирение, стрессовые факторы, наклоны туловища, беременность, курение, хиатальная грыжа, наряду с факторами питания, способствующими развитию ГЭРБ: жирная, острая пища, кофе, алкоголь, шоколад, фруктовые соки, томаты, цитрусы; а также медикаментозными средствами: антагонисты кальция, бета-блокаторы, антихолинэргические препараты, нитраты, спазмолитики, снотворные, седативные препараты – часто встречаются [4,5]. Целью исследования явилось проведение анализа заболеваемости ГЭРБ на современном этапе.

Материалы и методы. Приводился ретроспективный анализ заболеваемости по данным гастроэнтерологического отделения медицинского центра за последние 3 года (с 2008 по 2010гг.). Больные имели возможность получения высокоспециализированной медицинской помощи, включающей в себя диагностические ме-

роприятия в условиях развернутых современных лабораторных, включая иммуноферментативные (ИФА) методики исследования, функциональных, эндоскопическом, рентгенологическом подразделениях клиники, организации консультации узких специалистов, в случаях с ГЭРБ – невропатологов, лор-врачей, кардиологов, стоматологов, хирургов, эндоскопистов. Помимо необходимых диагностических мероприятий в отделении проводится терапия данной патологии, соответствующая мировым стандартам, а также внедряются новые методы лечения.

Результаты исследования. Всего в гастроэнтерологическом отделении центра за 3 года (таблица 1) было пролечено 3077 больных (соответственно с 2008 г. по годам 1052, 1001, 1024 больных), удельная доля больных с ГЭРБ составила 3,8;3,4; 6,8, отмечен рост заболеваемости в 2 раза. Необходимо заметить, что распространенность ГЭРБ в популяции отмечено как у молодых в 17лет, так и в пожилом возрасте – 73 года. Продолжительность заболевания от нескольких месяцев до 3 лет. ГЭРБ был диагностирован наряду с обнаружением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальными с дуоденогастральным рефлюксом, язвенной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 1 - Состав больных по годам.

№	Нозологические единицы	2008г.		2009г.		2010г.	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Онкопатология	10	1,9	-	-	3	0,6
2.	Эзофагиты, ГЭРБ	40	3,8	34	3,4	70	6,8
3.	Гастриты, дуодениты	123	16,4	102	15,7	32	7,0
4.	Язвенная болезнь желудка и ДПК	238	22,6	289	28,9	292	28,5
5.	Холециститы	202	22,4	145	19,0	110	10,7
6.	Гепатиты	16	2,9	20	2,0	34	3,3
7.	Циррозы печени	124	12,1	135	13,5	140	13,7
8.	Панкреатиты	184	17,5	151	15,1	268	26,1
9.	Энтериты, колиты	18	1,7	21	2,1	28	2,7
10.	Постхолецистэктом с-м	34		35		-	
Итого:		1052		1001		1024	

Из клинических симптомов у 100% больных отмечались изжога, характеризуемая больными как «несносная, постоянная» (рисунок 1), болевой синдром в эпигастрии усиливающийся после еды. Также распространенными по частоте предъявляемых жалоб были отрыжка (75%), гиперсаливация (30%), продолжительная, «приносящая неудобства икота». (20%). Снижение качества жизни сами больные связывали, прежде всего, с отрыжкой и икотой, болевые ощущения отмечались после еды. В 20% случаев наряду с характерными признаками ГЭРБ у больных встречались оториноларингологические и стоматологические жалобы: стоматиты, фарингиты, кариес, пародонтоз.

Проявления болевого синдрома соответствовали и коррелировали с тяжестью рефлюкс-эзофагита, который у 55,55% больных соответствовал неэрозивной форме ГЭРБ, а в 37,5% случаев эрозивно-язвенному эзофагиту.

Согласно классификации ГЭРБ по Savary-Millers в модификации Carisson (1996г.) у 55,55% отмечался

эзофагит I ст., у 20,83% - II ст., III ст. – 9,72%, IV ст. – у 6,9%.

Применяемые методы терапии с включением орошения пищевода противовоспалительными средствами, а также с патогенетической целью назначением антисекреторных – ингибиторов протонной помпы (пантопрозол 40 мг, контролок 40 мг) и прокинетиков (дамелиум 10 мг.) позволили устранить симптомы заболевания, эпителизировать эрозивно-язвенные дефекты слизистой, значительно улучшить состояние больных. Среднее пребывание больных ГЭРБ в отделении составляет 13,23 койко-дня. При этом суммарная эффективность терапии представленная на рисунке 3. Преобладает достижение положительных результатов терапии, однако почти в 1/3 случаев сохранение признаков эзофагита настраивают на необходимость продления курса терапии, обязательного хирургического контроля и онкологической настороженности при четвертой стадии заболевания, актуальности рекомендаций профилактики ГЭРБ.



Рисунок 1.

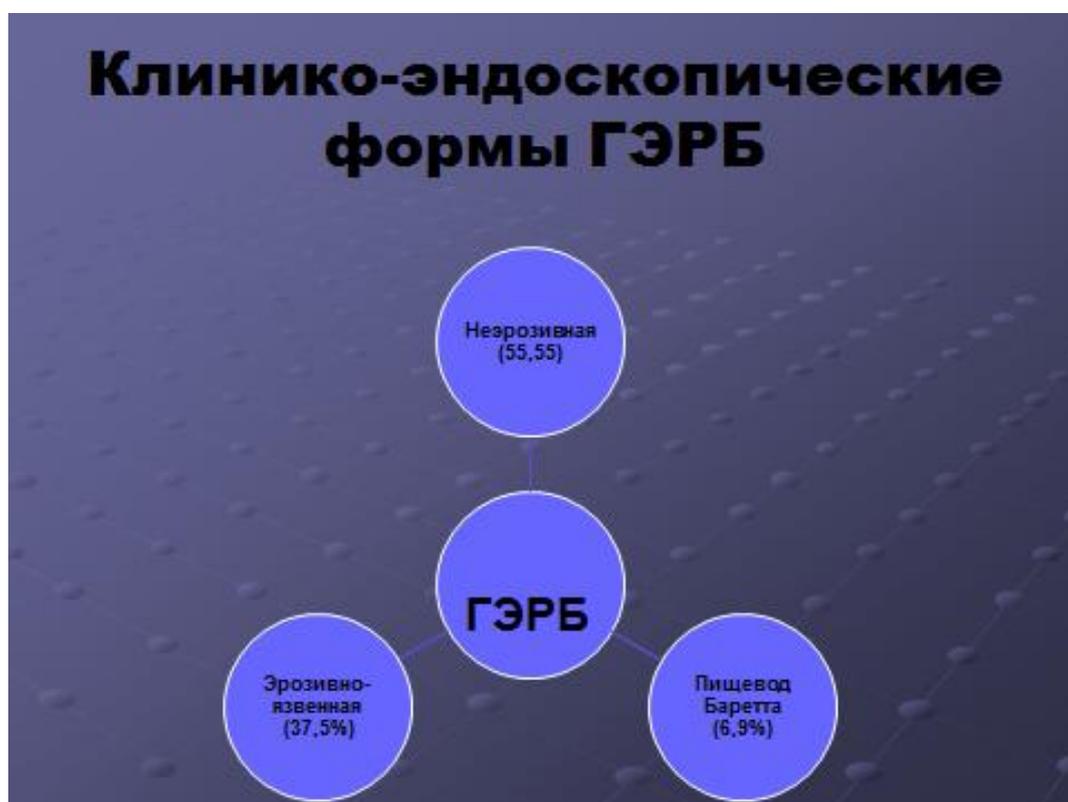
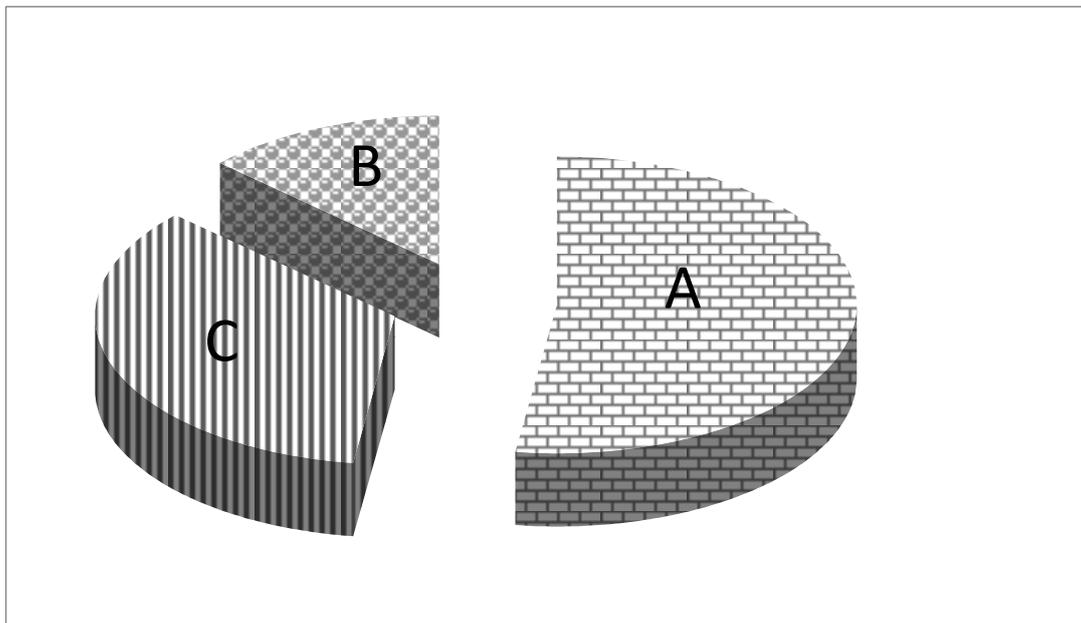


Рисунок 2.



Здесь А – значительное улучшение; В – улучшение; С – без перемен
Рисунок 3 - Суммарная эффективность терапии ГЭРБ

Таким образом, отмечается актуальность ГЭРБ, обуславливающая необходимость проведения первичной профилактики, связанной с соблюдением ряда простых, но обязательных мероприятий, таких как: частое дробное питание; не переедать, сохранять вертикальное положение после еды; избегать физических нагрузок; спать с высоким изголовьем; последний прием пищи за 2ч. до сна; исключить кофе, алкоголь, газированные напитки; регулярное опорожнение кишечника; избегать прием лекарств вызывающих рефлюкс; не носить тугие пояса, тесную одежду; ограничить прием продуктов, вызывающих снижение давления нижнего пищеводного сфинктера. Лечебные мероприятия должны включать комплекс препаратов, направленных на устранение механизмов патологического рефлюкса, снижение повышенной желудочной секреции, местного локального действия противовоспалительных, обволакивающих препаратов, обязательного эндоскопического контроля после

основного курса терапии и 2 в год в последствие диспансерного наблюдения.

Литература:

1. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (МЭГРЭ) // Эксперим.гастроэнтерология.-2009.Т.1-С.4-13
2. Ивашкин И.Т., Трухманов А.С. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции ЖКТ // Рос журн. гастроэнтер., гепат., колопроктол. - 2007.№5.-С.5-10
3. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. ГЭРБ – новое решение старой проблемы // Consilium medicum.- 2009. №8. – С 5-13
4. Изатуллаев Е.А., Кулмагамбетов А.О. Применение препарата лосепразол при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни методическое пособие). Алматы, 2005. – 27С.
5. Лапина Т.Л. Тактика лечения больных ГЭРБ // Фарматека.- 2009 -№3.- С15-19

Гастроэзофагеалды рефлюксті аурудың терапиялық аспектілері

З.К. Жұмаділова, Р.С. Аубакирова, Қ.Ш. Жылқыбаева, Н.Р. Барқыбаева, Г.К. Калимолдина

Семей қ. ММУ Медициналық орталығы

Соңғы үш жылда ГЭРА жиілігі екі есеге өскені, клиникалық ағымы, жіктелуі, гастроэзофагеалды рефлюксті аурудың біріншілік алдын алу шаралары және ем мүмкіндіктері көрсетілді.

Therapeutic aspects of gastroesophageal reflux disease(GERD)

Z.K. Zhumadilova, R.S. Aubakirova, K.Sh. Zhylykybaeva, N.R. Barkibaeva, G.K. Kalimoldina

Medical center of Semey State Medical University

There are were mentioned in the article: frequency of GERD amplified(rised) in 2 times over the last 3 years. Clinical coarse, classification, treatment options and primary prophylaxis of GERD.