

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ В РАКУРСЕ ПОСЛЕДНИХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Заведующий гастроэнтерологическим отделением ГБУ ДНР «РКБ им. М.И. Калинина»,
главный внештатный специалист по гастроэнтерологии МЗ ДНР Никулин И.Ю.

Доцент кафедры факультетской терапии им. А. Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ
МЗ РФ, к.мед.н. Голубова О.А.

Доцент кафедры факультетской терапии им. А. Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ
МЗ РФ, к.мед.н. Шалаева И.В.

Ассистент кафедры факультетской терапии им. А. Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ
МЗ РФ Забазнова Ю.В.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ(ГЭРБ)

- Одно из самых распространенных заболеваний.
- Растет заболеваемость, особенно в странах Азии, многие ученые это связывают с вестернизацией образа жизни.
- Улучшаются методы диагностики, появляются клинически важные достижения в ведении этих пациентов.



НЕМНОГО ИСТОРИИ

Термин ГЭРБ был впервые утвержден в 1996 г. на конгрессе в Генвале (Бельгия). Монреальский консенсус состоялся в 2006 г. Лионский консенсус - в 2018 г. В течении последних 3 лет опубликовано несколько важных консенсусов, освещающих особенности диагностики и лечения ГЭРБ:

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) 2020г.
2. Сеульский консенсус 2021
3. Рекомендации Юго-Восточной Азии (ЮВА) по ведению ГЭРБ легкой и умеренной выраженности 2021 г.
4. Рекомендации Американского колледжа гастроэнтерологии (ACG) 2022 г.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Российские и Сеульские рекомендации содержат определение как ГЭРБ, так и неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ).
- Все сходятся во мнении, что причина патологии - рефлюкс.
- В азиатских рекомендациях определения основаны на клинической картине с указанием возможных осложнений.
- В рекомендациях РГА и АСГ в определениях ГЭРБ указаны симптомы, данные инструментальных исследований (эндоскопии, мониторинга рефлюкса, гистологических изменений).
- Сеульский консенсус содержит также определения функциональной нарушений.



РЕФРАКТЕРНАЯ ГЭРБ

Некоторые ученые считают проявлением рефрактерности - плохой ответ на терапию ИПП 1 раз в сутки, другие - на ИПП 2 раза в день.

Указывающая на рефрактерность, продолжительность терапии колеблется от 4 до 8 нед., а в ряде исследований - до 12 нед. В рекомендациях РАГ рефрактерность рассматривается не только с точки зрения клинической оценки, но и недостаточной динамики эндоскопической картины.

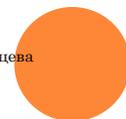
Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70-97.

рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70-97

Seoul Consensus on the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Journal of Neurogastroenterology and Motility. 2021; 27(4):453-481.

Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease, The American Journal of Gastroenterology. 2022;117(1):27-56.

Goh KL, Lee YY, Leelakusolvong S, Makmun D, Maneerattanaporn M, Quach DT, Raja Ali RA, Sollano JD, Tran VH, Wong RK. Consensus statements and recommendations on the management of mild-to-moderate gastroesophageal reflux disease in the Southeast Asian region. JGH Open. 2021; 5(8):855-863.



Клиника ГЭРБ

- Во всех документах основные симптомы — изжога и регургитация (в азиатских рекомендациях — «кислая регургитация»)
- В Российских рекомендациях называются еще срыгивание и одинофагия.



ДИАГНОСТИКА

- РГА рекомендует проведение эзофагогастродуоденоскопии; при рефрактерном течении и при наличии осложнений - биопсия пищевода и гистологическое исследование биоптатов для исключения пищевода Барретта, аденокарциномы, эозинофильного эзофагита.
- АСГ в случае типичных симптомов рефлюкса и при отсутствии «симптомов тревоги» рекомендуют начинать с тесттерапии ИПП 1 раз в сутки перед едой в течение 8 нед.
- В рекомендациях ЮВА в случае типичных симптомов рефлюкса и отсутствия «симптомов тревоги» начинают с использования диагностических опросников, в сочетании с тестом ИПП, который проводится после анкетирования, на 2 нед. с последующей оценкой эффекта.



ЭГДС

- В большинстве рекомендаций в случае типичных симптомов рефлюкса и отсутствия «симптомов тревоги» ЭГДС назначается только после проведения эмпирической тесттерапии ИПП (от 2 до 8 нед.) в случае ее неэффективности либо в случае возобновления симптомов после отмены ИПП.
- ЭГДС лучше проводить после прекращения приема ИПП на 2—4 нед. (прекращение терапии ИПП приводило к рецидиву эрозивного эзофагита степени С по Лос-Анджелесской классификации всего через 1 нед.). Симптомы, при их сохранении на период отмены ИПП, рекомендуют купировать антацидами «по требованию». А устанавливать диагноз НЭРБ, если эндоскопия проводится без ИПП.



РН-МЕТРИЯ

- Суточная рН-метрия и рН-импедансометрия рекомендуются для верификации ГЭРБ во всех документах.
- Показание в рекомендациях ACG 2022 - случаи заболевания у пациентов с клиникой ГЭРБ, но без эффекта от предшествующей терапии ИПП и при отсутствии объективных эндоскопических признаков.
- В рекомендациям ЮВА - при рефрактерных симптомах.
- В Сеульских рекомендациях предложено у азиатской популяции аномально высоким рассматривать время закисления в пищеводе более 4%, (в Лионском консенсусе - 6% как патологическое, значения между 4-6% — неубедительная «серая зона»).



ИМПЕДАНСОМЕТРИЯ

- РГА: исследование двигательной функции пищевода, определение наличия показаний к проведению хирургического лечения, установление патогенеза развития симптомов, прогнозирование тяжести течения и возникновения осложнений заболевания, перед планируемым хирургическим антирефлюксным лечением, для определения уровня расположения НПС перед установкой зонда для рН/рН-импедансометрии.
- ACG 2022: так как слабое давление нижнего пищеводного сфинктера и неэффективная моторика пищевода часто сопровождают тяжелую ГЭРБ, но манометрические отклонения не являются специфическими для ГЭРБ, одного этого метода недостаточно для диагностики ГЭРБ.



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- В российских рекомендациях - пациентам с рефрактерным течением заболевания, а также пациентам с наличием осложнений заболевания (стриктуры, пищевод Барретта).
- ACG 2022 не рекомендует его в качестве диагностического теста на ГЭРБ.
- В азиатских рекомендациях нет упоминания.

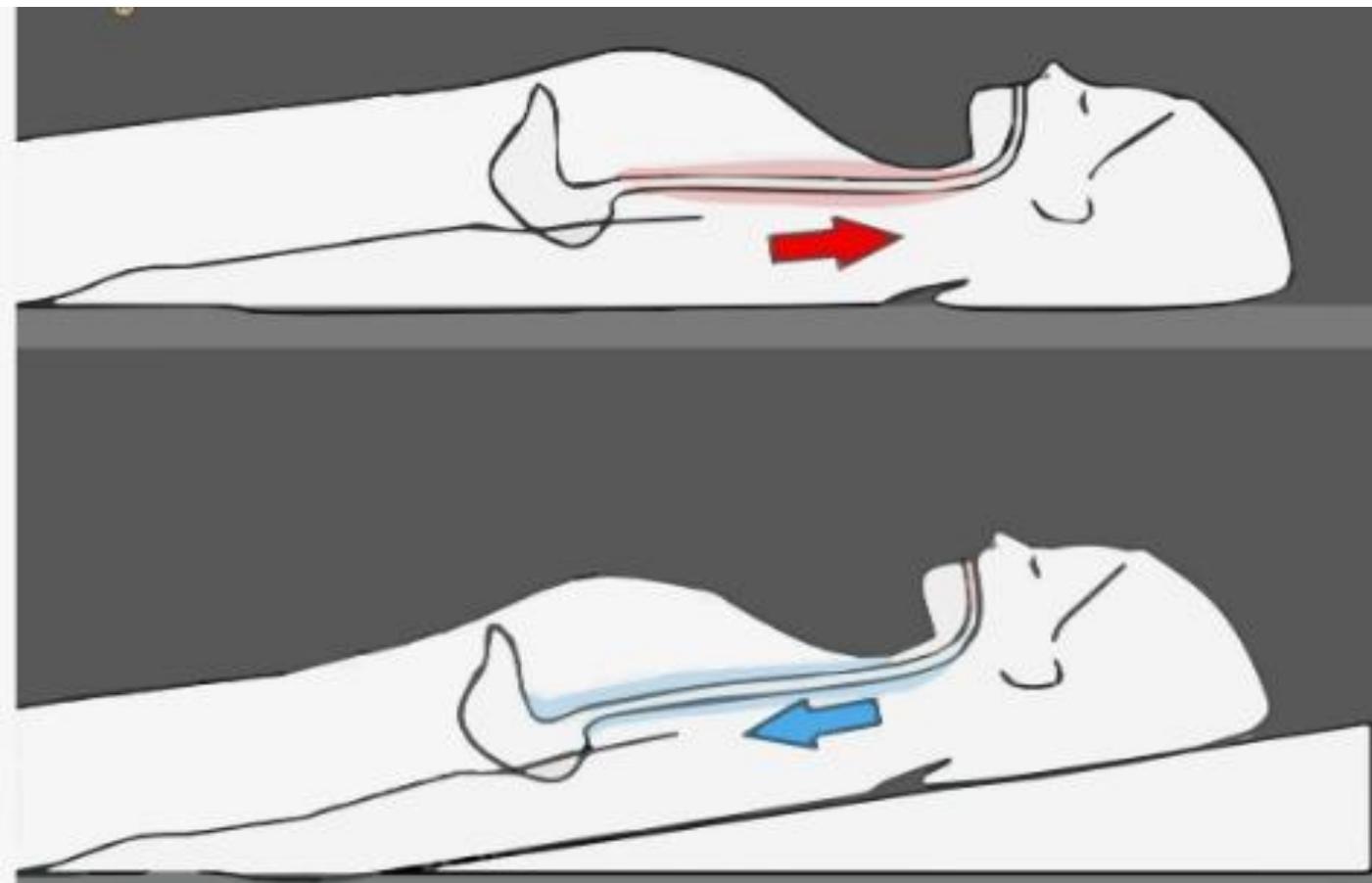


НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ

- Снижение массы тела у пациентов с ожирением или с избыточной массой тела
- В случаях ночного рефлюкса — поднятие головного конца кровати.
- Вертикальное положение во время и после еды, отказ от поздних приемов пищи.
- В российских рекомендациях предложено избегать увеличения кратности приемов пищи, достаточно трех-, четырехразовое питание без «перекусов».



Клиновидная подушка при ГЭРБ



ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- В российских и американских рекомендациях исключают из рациона томаты, кислые фруктовые соки, продукты, усиливающие газообразование, жирную пищу, шоколад, кофе, ограничивают употребление очень горячей или холодной еды, газированных напитков, алкоголя.
- В рекомендациях ACG сказано, что курение табака, употребление алкоголя, шоколада, мяты и продуктов с высоким содержанием жиров снижают давление НПС в опытных условиях, но подтверждают преимущества отказа от этих привычек и продуктов немногочисленные исследования.
- В азиатских рекомендациях отмечена нецелесообразность регулярно избегать приема определенных продуктов и напитков, т.к. взаимосвязь их приема с симптомами рефлюкса часто меняется со временем, а учитывая разнообразный рацион питания в данном регионе нельзя сделать однозначные выводы о результатах отказа от продуктов.



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ

- Во всех рекомендациях препарат выбора – ИПП.
- Рассматриваются вопросы лечения резистентной ГЭРБ.
- Необходимость и длительность поддерживающей терапии.
- В рекомендации ЮВА сказано об эффективности альгинатов, другие группы лекарственных препаратов не представлены.
- В рекомендациях РГА указан более широкий спектр вспомогательной терапии: тримебутин, эзофагопротекторы, цитопротекторы, урсодезоксихолевая кислота.



ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Группа препаратов	РГА	Сеульский консенсус	ЮВА	АСГ
ИПП		Основная терапия ГЭРБ		
H ₂ -гистаминоблокаторы	НР	Пациентам с симптомами ночного рефлюкса или объективными признаками ночного кислотного рефлюкса пищевода, несмотря на оптимальное использование ИПП	НР	Перед сном пациентам с персистирующими ночными симптомами на фоне ИПП
Калий-конкурентные блокаторы кислотности	НР	Эффективность сравнима с ИПП, могут использоваться для начальной терапии ГЭРБ	НР	НР
Баклофен®	НР	Пациентам с симптоматическим рефлюксом, несмотря на прием ИПП 2 раза в сутки	НР	Не рекомендован при отсутствии объективных признаков ГЭРБ. Пробное применение у пациентов с объективными доказательствами продолжающегося симптоматического рефлюкса на фоне оптимальной терапии ИПП
Прокинетики	Итоприда гидрохлорид только дополнительно к ИПП	Совместно с ИПП	НР	Не рекомендованы, если нет объективных признаков гастропареза. Данные о применении ограничены
Тримебутин	Р	НР	НР	НР
Эзофагопротекторы	Р	НР	НР	НР
Цитопротекторы	Ребамипид-СЗ	НР	НР	Сукральфат не рекомендован, за исключением периода беременности
Альгинаты	Р	Р	Р	Р
Антациды	Р	НР	НР	Р
Урсодезоксихолевая кислота	При желчном рефлюксе	НР	НР	НР

Примечание. РГА — Российская гастроэнтерологическая ассоциация; ЮВА — Юго-Восточная Азия; АСГ — Американский колледж гастроэнтерологии; ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ИПП — ингибиторы протонной помпы. НР — нет в рекомендациях; Р — есть в рекомендациях.

Note. RGA — Russian Gastroenterological Association; SEA — Southeast Asia; ACG — American College of Gastroenterology; GERD — gastroesophageal reflux disease; PPI — proton pump inhibitors. AG — absent in the guidelines; PG — present in the guidelines.

АЛЬФАЗОКС – ПЕРВЫЙ ЭЗОФАГОПРОТЕКТОР

Альфазокс

Раствор для приема внутрь
в пакетиках-саше по 10 мл

SMART-РЕШЕНИЕ для здоровья ПИЩЕВОДА

Альфазокс способствует заживлению поврежденной слизистой оболочки пищевода и устранению симптомов рефлюксной болезни



Три компонента защиты:

- Гиалуроновая кислота
- Хондроитина сульфат
- Поллоксамер 407

№ФСН 2017/5664 АС-РУС-АП3-10 (02-2019)



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ИПП

Клинические рекомендации, кем и когда предложены	Рекомендации по использованию ИПП
РГА, 2020	<p>При наличии как пищеводных, так и внепищеводных проявлений ГЭРБ эффективно назначение ИПП. В отсутствие эрозий пищевода для лечения НЭРБ возможно назначение половинной дозы ИПП. При выявлении множественных эрозий пищевода (степень эзофагита В—D), а также осложнений ГЭРБ курс лечения любым препаратом из группы ИПП должен составлять не менее 8 нед. Пациентам с типичным симптомокомплексом рефлюкса, которые не дают адекватного ответа на терапию ИПП в стандартной дозе 1 раз в сутки, может быть рекомендован прием ИПП дважды в сутки. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить как минимум в течение 16—24 недель. Решение о длительности поддерживающей терапии ГЭРБ и об ее отмене должно приниматься индивидуально с учетом стадии эзофагита, имеющихся осложнений, возраста пациента, прогноза заболевания, а также стоимости и безопасности лечения ИПП. При наличии осложнений ГЭРБ поддерживающую терапию следует проводить ИПП в полной дозе. При длительном лечении ИПП можно назначать по требованию и прерывистыми курсами. Следует определить наличие инфекции <i>Helicobacter pylori</i> и провести ее эрадикацию при назначении терапии ИПП на длительный срок. При осложненных формах ГЭРБ возможно применение коротких курсов внутривенных форм ИПП, преимуществами которых являются быстрое достижение антисекреторного эффекта и более высокая концентрация препарата в крови</p>
Сеул, 2021	<p>В качестве начального лечения ГЭРБ рекомендуется введение стандартной дозы ИПП 1 раз в день в течение 4—8 нед. Терапия двойной дозой ИПП может быть эффективной у пациентов, у которых не наблюдается адекватного ответа на терапию стандартной дозой ИПП. Если ответ на один тип ИПП недостаточен, можно рассмотреть возможность перехода на другой тип стандартных доз ИПП. Эффективность терапии ИПП по требованию сравнима с эффективностью непрерывной ежедневной терапии ИПП при длительном лечении пациентов с НЭРБ или легкой эрозивной рефлюксной болезнью. Терапия ИПП рекомендуется для лечения некардиальной боли в грудной клетке у пациентов с сопутствующими типичными симптомами ГЭРБ</p>
ЮВА, 2021	<p>ИПП являются основой лечения пациентов с персистирующими симптомами ГЭРБ. Более подробная информация не приводится</p>
ACG, 2022	<p>Рекомендовано лечение ИПП вместо лечения H₂-гистаминоблокаторами как для лечения эрозивного эзофагита, так и для поддержания заживления эрозий. Рекомендовано назначать ИПП за 30—60 мин до еды, а не перед сном. Пациентам с ГЭРБ, у которых нет эрозивного эзофагита или пищевода Барретта, и симптомы у которых разрешились на фоне терапии ИПП, следует попытаться прекратить прием ИПП или перейти на терапию по требованию, то есть принимать ИПП только при появлении симптомов. Пациентам с ГЭРБ, которым требуется поддерживающая терапия, ИПП следует назначать в наименьшей дозе, которая эффективно контролирует симптомы ГЭРБ и способствует устранению рефлюкс-эзофагита. Для пациентов с эзофагитом степени C или D рекомендована поддерживающая терапия ИПП на неопределенный срок или антирефлюксная хирургия. Для контроля симптомов изжоги у пациентов с НЭРБ рекомендована терапия ИПП по требованию или прерывистая терапия. Приведено концептуальное обоснование смены ИПП, но для пациентов, которые не ответили на один ИПП, нельзя поддерживать более одного перехода на другой ИПП. Рекомендуется использовать наименьшую эффективную индивидуальную дозу ИПП. Пациентам с внепищеводными и типичными симптомами ГЭРБ возможность применения ИПП 2 раза в сутки в течение 8—12 нед перед дополнительным тестированием (условная рекомендация, низкий уровень доказательности)</p>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАЗДЕЛЫ

- Рекомендации ЮВА не содержат дополнительных разделов.
- В рекомендациях РГА и АСГ выделен раздел «Беременность», описано ведение пациентов с атипичными формами и внепищеводными проявлениями ГЭРБ, фарингеальным и орофарингеальным рефлюксом.
- В АСГ выделен раздел для ИПП
- В документе РГА отображены вопросы профилактики и диспансерного наблюдения, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.

ВЫВОДЫ

- Все последние документы по диагностике и лечению ГЭРБ имеют много общего в понимании патологии, оценке клинической картины, в диагностике и лечении.
- В рекомендациях АСГ и ЮВА в качестве «первой линии» диагностики при типичных симптомах рекомендованы существенно более доступные в рутинной практике тест с ингибиторами протонной помпы и валидизированные опросники, что может быть обусловлено так же меньшими материальными затратам.
- Все рекомендации сходятся в том, что лечение, включает в себя, прежде всего, применение ингибиторов протонной помпы, в ряде случаев длительно.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

