

Новое руководство по лечению ГЭРБ

Американская гастроэнтерологическая ассоциация (AGA) опубликовала новое руководство по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Согласно Монреальскому определению, ГЭРБ — состояние, при котором рефлюкс содержимого желудка вызывает клинические симптомы и/или осложнения. Проведя всесторонний анализ медицинской литературы, эксперты AGA пришли к заключению, что лечение большинства пациентов с ГЭРБ (кроме больных с пищеводными симптомами ГЭРБ) основано на неконтролируемых исследованиях, клиническом опыте и мнении отдельных специалистов.

Рекомендации класса А (согласно доказательствам очень высокого качества достоверно улучшают результаты лечения и должны применяться рутинно)

Пациентам с пищеводными симптомами ГЭРБ показаны антисекреторные препараты для излечения эзофагита, симптоматического облегчения и поддержания пищевода в здоровом состоянии. В таких случаях ингибиторы протонной помпы (ИПП) более эффективны, чем антагонисты H_2 -рецепторов гистамина, которые, в свою очередь, эффективнее плацебо.

Если ИПП оказались клинически эффективными в лечении пациентов с эзофагитом, терапию необходимо продолжать с титрацией дозы препарата до минимальной эффективной на основании контроля симптомов.

У пациентов с пищеводными симптомами ГЭРБ антирефлюксное хирургическое лечение и ИПП обладают одинаковой эффективностью, однако ИПП-терапия считается более безопасной и поэтому рекомендуется в качестве стартового лечения.

Хирургическое лечение рекомендуется пациентам с пищеводными симптомами ГЭРБ, которые не переносят кислотосупрессивную терапию, даже в случае ее эффективности.

Пациентам с подозрением на загрудинную боль, связанную с ГЭРБ, после кардиологического обследования рекомендуется пробное лечение ИПП 2 раза в сутки.

Рекомендации класса В (на основании достаточных доказательств улучшают результаты лечения)

Пациенты с ГЭРБ и избыточным весом или ожирением должны получать рекомендации относительно снижения веса.

У пациентов, у которых изжога и регургитация возникают в лежачем положении, проявления ГЭРБ можно уменьшить, приподняв головной конец кровати. Подобным образом следует проводить коррекцию других триггерных факторов (например, поздние приемы пищи, употребление определенных пищевых продуктов).

Пациентам с пищеводными симптомами ГЭРБ при неэффективности ИПП 1 раз в сутки назначают тот же препарат 2 раза в сутки.

Если у пациента с эзофагеальным синдромом без эзофагита главной целью лечения является контроль симптомов, рекомендуется назначение антисекреторных препаратов коротким курсом или по требованию. Для краткосрочного лечения ИПП более эффективны, чем H_2 -антагонисты, а последние более эффективны, чем плацебо.

У пациентов с ГЭРБ и дисфагией необходимо проведение эндоскопии с биопсией. Для обследования на эозинофильный эзофагит требуется не менее 5 биоптатов. Биопсия проводится в участках, наиболее подозрительных на метаплазию или дисплазию, при отсутствии видимой патологии — в участках нормальной слизистой.

Эндоскопическое исследование с биопсией участков, подозрительных на метаплазию, дисплазию или малигнизацию, также рекомендуется пациентам с пищеводными симптомами ГЭРБ, которые не ответили на эмпирическую терапию ИПП 2 раза в сутки. При получении нормальных результатов проводится манометрия с целью локализации

нижнего пищевода сфинктера для последующего pH-мониторинга, предоперационной оценки перистальтической функции и исключения тяжелых расстройств перистальтики. По сравнению с традиционной манометрией высокого разрешения обладает более высокой чувствительностью в диагностике атипичных случаев ахалазии и дистального пищевода спазма.

Амбулаторный pH-мониторинг (с помощью импедансометрии, катетера или беспроводных технологий), проводимый после 7 дней отмены ИПП, рекомендуется для обследования пациентов с подозрением на эзофагеальный синдром ГЭРБ, не ответивших на эмпирическую терапию ИПП, с нормальными результатами эндоскопии и отсутствием значимых отклонений при манометрии. В обнаружении патологического воздействия кислоты беспроводная pH-метрия обладает большей чувствительностью, чем катетерная, благодаря продленному до 48 ч периоду регистрации pH.

Антирефлюксное хирургическое лечение показано пациентам с тяжелыми персистирующими пищеводными симптомами ГЭРБ, значительно ухудшающими качество жизни пациента и стойкими к терапии ИПП. Однако у каждого пациента необходима тщательная оценка ожидаемой пользы от операции и риска связанных с ней осложнений, таких как дисфагия, метеоризм и послеоперационный кишечный синдром.

Пациентам с эзофагеальным синдромом ГЭРБ, у которых предполагаются внепищеводные проявления заболевания, показано

курсовое или поддерживающее лечение ИПП или H_2 -антагонистами 1-2 раза в сутки.

Рекомендации класса D (перечислены практики, которые либо не эффективны, либо их вред превосходит пользу)

У пациентов с пищеводными и/или внепищеводными симптомами ГЭРБ метоклопрамид в качестве монотерапии не рекомендуется.

У пациентов с возможными внепищеводными проявлениями ГЭРБ (ларингит, бронхиальная астма), но при этом не имеющих пищеводных симптомов, курсовое лечение ИПП или H_2 -антагонистами не рекомендуется.

У пациентов как с эрозивной, так и с неэрозивной рефлюксной болезнью рутинная эндоскопия для оценки прогрессии заболевания не рекомендуется.

У пациентов с пищеводными симптомами ГЭРБ и эрозивным эзофагитом в анамнезе назначение поддерживающей терапии ИПП с приемом препарата реже чем 1 раз в сутки не рекомендуется.

Пациентам с эзофагеальным синдромом с/без повреждения ткани пищевода, у которых симптомы хорошо контролируются лекарственной терапией, антирефлюксное хирургическое лечение не показано.

Пациентам с пищеводом Барретта антирефлюксное хирургическое лечение в качестве профилактики рака не рекомендуется.

Gastroenterology. 2008; 135: 1383-1391, 1392-1413

Подготовил Алексей Гладкий



www.esparma.com.ua

а - ліпоева кислота

еспа-ліпон

ЖИТИ. ВІДЧУВАТИ. МРІЯТИ. АІТАТИ.

- Антиоксидант
- Гепатопротектор
- Детоксикант
- Джерело клітинної енергії



