

ГАСТРОЭЗОФАГАЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

В.Н. Петров, профессор

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

E-mail: vlapotnikov@mail.ru

Изложены причины, принципы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Приведены основные составляющие сестринского ухода при этом заболевании.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, лечение, сестринский уход.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и забросом в пищевод желудочного и (или) дуоденального содержимого (гастроэзофагеальный рефлюкс). Выделяют 2 формы заболевания: с морфологическими (эндоскопически позитивная) и без морфологических изменений (эндоскопически негативная) слизистой оболочки (СО) дистального отдела пищевода. В 1-м случае при наличии клинических проявлений заболевания обнаруживают с помощью эзофагогастродуоденоскопии морфологические изменения – признаки повреждения СО. Эндоскопически негативному варианту свойственна типичная клиническая картина ГЭРБ при отсутствии поражений СО пищевода.

Важность проблемы ГЭРБ определяется ее большой распространенностью, трудностями, возникающими при распознавании и лечении этого заболевания, наличием неблагоприятных клинических симптомов (пищеводных и внепищеводных) и осложнений, способствующих ухудшению качества жизни больных. Клинические признаки заболевания при тщательном опросе выявляют у 20–40%, а эндоскопические (морфологические) изменения – у 6–12% населения.

Этиология и патогенез. ГЭРБ рассматривают как заболевание, основными причинами которого являются нарушения двигательной (моторной) функции пищевода и желудка, защитных (барьерных) свойств пищевода. *Гастроэзофагеальный рефлюкс* – обратное забрасывание содержимого желудка в пищевод – развивается в результате первичного снижения тонуса мышц нижней части пищевода, их повторяющихся расслаблений и структурных изменений, а также повышения внутрибрюшного давления. Кроме того, на-

рушаются нейтрализация и эвакуация попавшего в пищевод кислого желудочного содержимого с последующим агрессивным (повреждающим) действием его компонентов (соляной кислоты, желчи, желчных кислот) на СО пищевода и снижением ее защитных свойств. Поражается не только СО пищевода, но и другие структуры его дистальной части, возникают клинические проявления ГЭРБ.

Способствуют развитию заболевания грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, беременность, курение и злоупотребление алкоголем, выраженные физические напряжения мышц живота, горизонтальное положение тела, ожирение, запоры, метеоризм, употребление жирной, жареной, мучной пищи, кофе и шоколада, цитрусовых и др. К аналогичному эффекту приводит использование лекарственных средств, снижающих тонус (расслабляющих) гладких мышц, в том числе – нижнего сфинктера пищевода (нитраты, холинолитики, блокаторы кальциевых каналов, β_2 -адреноблокаторы, эуфиллин).

Клиника и диагностика. *Изжога* – наиболее важный клинический признак ГЭРБ. Она возникает через 1–1,5 ч после приема пищи, при горизонтальном положении тела, после физической нагрузки. Ее провоцируют погрешности в диете (жирная, жареная, мучная пища), употребление алкогольных и газированных напитков.

Реже встречается кислая отрыжка, срыгивание пищи, нарушение глотания (дисфагия) жидкой или твердой пищи, ощущения жжения или кома в горле, сухости и горечи во рту, тяжести и переполнения в подложечной области

Возможны приступообразные боли в загрудинной или подложечной области, иррадиирующие в межлопаточное пространство, шею, плечи, а также тошнота, икота, осиплость голоса. Многие из перечисленных симптомов возникают или усиливаются после еды, употребления алкогольных и газированных напитков, физической нагрузки или изменений положения тела.

Больных беспокоят расстройства сна и нарушения общего самочувствия, снижение работоспособности и ухудшение качества жизни.

Течение ГЭРБ осложняют язвы пищевода и кровотечения из них, стриктуры (сужения) пищевода,

синдром Барретта (метаплазия – перестройка эпителия СО пищевода), являющийся предраковым состоянием с риском развития аденокарциномы пищевода.

Медсестра может заподозрить это заболевание на основании перечисленных *субъективных проявлений* (жалоб больного), в то время как *объективное исследование*, как правило, малоинформативно и не выявляет существенных, диагностически важных симптомов.

В перечень *лабораторных исследований* входят: клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, концентрации железа в сыворотке крови, общий анализ мочи, копрограмма и анализ кала на скрытую кровь.

Наиболее важными в диагностическом плане (для верификации заболевания) являются результаты *инструментальных исследований*, в первую очередь – фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) с биопсией СО пищевода. К достаточно информативным методам относятся *рентгенологическое исследование пищевода и желудка, внутрипищеводная манометрия, внутрипищеводная рН-метрия* (суточное мониторирование рН в пищеводе). По показаниям используют электрокардиографию и УЗИ органов брюшной полости.

ФЭГДС позволяет выявить ГЭРБ с морфологическими изменениями (рефлюкс-эзофагит) и ее осложнения, *рентгенологическое исследование пищевода и желудка* – грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуры и злокачественные новообразования пищевода. С помощью манометрии оценивают моторную функцию пищевода и его нижнего сфинктера, *рН-метрии* – частоту и продолжительность гастроэзофагеальных рефлюксов, эффективность лекарственных средств с последующим их индивидуальным подбором.

Сестринский уход. При опросе пациента медсестра выявляет основные его проблемы, касающиеся диспепсического (изжога, отрыжка, нарушение глотания) и болевого синдромов, выясняет время их возникновения, связь с приемом пищи и погрешностями в питании, положением тела и физической нагрузкой. Важна информация об особенностях профессиональной деятельности, занятиях физической культурой и спортом, вредных привычках, использовании пациентом лекарственных препаратов. Следует выяснить уровень знаний больного о причинах и принципах диетического и лекарственного лечения заболевания и в доступной форме изложить их сущность.

Перечень мероприятий, осуществляемых медсестрой в процессе ухода за больным:

- медсестра информирует пациента о необходимых лабораторных и инструментальных исследованиях, готовит его к их проведению,

помогает врачу в осуществлении инструментальных исследований;

- следит за изменениями самочувствия и общего состояния больного, выявляет новые симптомы заболевания и своевременно сообщает об этом врачу;
- сообщает пациенту принципы диетического лечения и следит за их выполнением;
- контролирует прием назначенных врачом лекарственных препаратов и выявляет их побочные (отрицательные) эффекты;
- информирует пациента об основных мероприятиях, касающихся изменения образа жизни.

Лечение ГЭРБ направлено на уменьшение или исчезновение клинических проявлений, предупреждение осложнений и обострений (рецидивов) заболевания, улучшение качества жизни пациента.

В комплексном лечебном процессе с использованием немедикаментозных и медикаментозных средств существенную роль играет правильное, разумно организованное питание. Диета является наиболее естественным, физиологическим и безопасным методом профилактики и лечения ГЭРБ. Лечебное питание создает условия для оптимального пищеварения, предупреждает неблагоприятные реакции на различные лекарственные препараты или уменьшает их выраженность, способствует более быстрому исчезновению болевого и диспепсического синдромов. Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белков, углеводов, витаминов, микро- и макроэлементов; потребление жиров ограничивается.

Общие принципы диетотерапии:

- пищу следует принимать не спеша, малыми порциями, 5–6 раз в сутки, последний ее прием должен быть не менее чем за 3 ч до сна;
- во время еды не надо разговаривать для уменьшения или исключения аэрофагии;
- рекомендуется:
 - воздержаться от употребления горячей, холодной, острой, жирной и жареной пищи;
 - существенно уменьшить или исключить потребление алкогольных, газированных и содержащих кофеин (кофе, какао, пепси-кола и др.) напитков, цитрусовых (апельсины, лимоны и др.), томатов, в том числе приготовленных из них продуктов (соки, пасты и др.); эти вещества стимулируют выработку соляной кислоты и раздражают слизистую оболочку дистального отдела пищевода и желудка, уменьшают тонус (расслабляют) нижнего сфинктера пищевода;

– ограничить применение специй (чеснок, лук, перец и др.);

– использовать в питании фрукты и овощи, богатые растительной клетчаткой;

– обеспечить достаточное поступление в организм белка (мясо, рыба, птица, молоко, нежирные молочные продукты, вчерашний белый и серый хлеб и др.).

В основе лечения ГЭРБ лежит прием *медикаментозных средств*. В первую очередь используют:

- *антисекреторные (антикислотные) препараты*, уменьшающие выработку соляной кислоты и ее повреждающее действие на СО пищевода и желудка: ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол и др.), блокаторы H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин и др.);
- стимуляторы моторно-эвакуаторной функции пищевода и желудка (*прокинетики*) – домперидон, цизаприд и др.;
- лекарственные средства, защищающие СО пищевода от агрессивного действия соляной кислоты, ферментов, желчных кислот (*цитопротекторы*): гевискон-форте и др.

Определенную роль играют *антациды (щелочи)*, которые нейтрализуют и связывают соляную кислоту в полости желудка (алмагель, фосфалюгель, маалокс и др.).

Хирургическое лечение применяют при кровотечениях из эрозий и язв дистального отдела пищевода, его стриктурах (сужениях), пищеводе Баррета, неэффективности медикаментозной терапии.

Предупреждение, раннее распознавание и лечение ГЭРБ способствуют оздоровлению населения. Немаловажную роль играют заинтересованность, активность, информированность пациента, его желание сотрудничать с врачом и медсестрой.

Первичная профилактика этого заболевания затруднительна и в определенной степени связана с пропагандой и организацией здорового образа жизни, в том числе правильного (рационального) питания, исключения вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), тяжелых физических нагрузок, связанных с напряжением мышц живота. К этому следует добавить борьбу с запорами и ожирением.

Вторичная профилактика включает в себя использование лечебного питания, предупреждение обострений ГЭРБ (противорецидивная терапия с применением преимущественно антисекреторных препаратов), мероприятия по изменению образа жизни. Рекомендации для больных с ГЭРБ включают следующее:

- избегать в течение 1,5 ч после приема пищи отдыха в горизонтальном положении;
- исключение тяжелых физических нагрузок, связанных с напряжением брюшного пресса и повышением внутрибрюшного давления, занятий физической культурой и спортом с наклонами туловища и подниманием ног;
- сон с приподнятым не менее чем на 20 см головным концом кровати;
- прекращение курения и злоупотребления спиртными напитками;
- избегать ношения тесной одежды;
- лечение запоров и ожирения;
- исключить применение лекарственных средств, способствующих возникновению гастроэзофагеальных рефлюксов (нитраты – нитроглицерин, нитросорбид и др.; М-холинолитики – атропин, метацин и др.; блокаторы кальциевых каналов – нифедипин, верапамил, амлодипин и др.; миогенные спазмолитики – но-шпа, папаверин и др.).

Больные ГЭРБ нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении (семейный врач, терапевт, гастроэнтеролог) и обследовании не реже 1 раза в год, а при наличии осложнений – не реже 2 раз в год (в последнем случае – с использованием ФЭГДС).

Рекомендуемая литература

Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Современные стандарты диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клин. мед. – 2008; 2: 17–21.

Решетников О.В., Курилович С.А., Симонова Г.И. и др. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни: популяционное исследование // Тер. архив. – 2008; 2: 11–14.

Трухманов А.С. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Тер. архив. – 2011; 8: 44–48.

Успенский Ю., Пахомова И., Каратеев А. Новые возможности в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Врач. – 2009; 9: 2–6.

Циммерман Я.С., Воложанина Л.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, клиника, диагностика и лечение // Клин. мед. – 2005; 9: 16–24.

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Prof. V.N. Petrov

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg

The paper outlines the causes of gastrointestinal reflux disease and the principles of its diagnosis and treatment. It gives the basic components of nursing care for this disease.

Key words: gastroesophageal reflux disease, diagnosis, treatment, nursing care.