СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

© *Орзиев Завкиддин Мансурович, Орзиев Далер Завкиддинович*

Бухарский государственный медицинский институт. 200100, Узбекистан, г. Бухара, ул. Навои, д. 1

E-mail: orzavman@mail.ru

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; гастроэзофагеальный рефлюкс; дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс; рефлюксат; ингибиторы протонной помпы.

Прошло более 20 лет как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) была признана в качестве самостоятельной патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В течение небольшого срока она исподволь превратилась на самую распространённую патологию среди заболеваний пищеварительного тракта. В течение указанного периода были разработаны и предложены различные способы терапии ГЭРБ. В большинстве из них, включая режимы «step up» и «step down», вектор основных лечебных мероприятий направлен на нейтрализацию агрессивных возможностей компонентов рефлюксата.

Общеизвестно, что рефлюксат является «пришельцем» и попадает в полость пищевода вследствие гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) или дуоденогастроэзофагеального рефлюкса (ДГЭР). Разумеется, проявления его агрессивных качеств напрямую связаны с частотой и продолжительностью процессов ГЭР или ДГЭР. При этом, характер рефлюксата — кислый или щелочной, также имеет немаловажное значение в развитие ГЭРБ. Безусловно, агрессивные качества компонентов рефлюксата накладывают своеобразный отпечаток на течение болезни, однако в зависимости от интенсивности процесса ГЭР или ДГЭР. Отсюда, по логике, не подавление агрессивных свойств рефлюксата, а устранение возможностей развития ГЭР или ДГЭР должно занимать базисную позицию в ныне рекомендуемых лечебных схемах ГЭРБ.

Разумеется, большинство специалистов теоретически это хорошо себе представляют. Однако, на практике зачастую не все соответствует логике. К сожалению, во многих общепризнанных схемах терапии ГЭРБ в качестве базисных средств по сей день рекомендуются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Как известно, они способны блокировать процесс продукции хлористоводородной кислоты и не более того. Поэтому средства, предотвращающие процесс ГЭР или ДГЭР (прокинетики), имеют полное основание занимать базисную позицию в ныне рекомендуемых схемах терапии ГЭРБ.

Однако, во всех известных схемах терапии ГЭРБ в реальности им отводится необоснованное второе место. Хотя, с позиции патогенеза ГЭРБ применение прокинетиков является более целесообразным ходом в терапии ГЭРБ, нежели ИПП. Широко известный тезис «нет рефлюкса, нет ГЭРБ» также обязывает первоочередное применение мер, немедленно устраняющих процессы ГЭР или ДГЭР. Очевидно, что качественная ликвидация рефлюкса будет способствовать к исчезновению ведущих клинических признаков ГЭРБ, включая изжогу. Следовательно, удачное устранение любого вида рефлюкса естественным образом делает необязательным применение ИПП. Ибо, сама по себе отпадает нужда в подавлении кислотообразующего процесса. К тому же, кислотосупрессия не всегда может оказаться целесообразной, ввиду необоснованной дестабилизации показателей желудочного гомеостаза при терапии ГЭРБ.

Разумеется, выдвигаемая позиция не совсем совпадает со многими пунктами ныне распространенных стандартов лечения ГЭРБ. Однако, плоды современной трактовки патогенеза ГЭРБ все же позволяет уловить следы присутствия рационального зерна в рекомендуемых подходов. Важно, то что сторонники данной позиции наверняка переориентируют вектор проводимых исследований на совершенствование способов, восстанавливающих моторные нарушения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а не опрометчивое ингибирование кислотообразующего процесса.

Учитывая это, в рамках настоящей публикации предлагается режим ступенчатой терапии ГЭРБ, которая состоит из нескольких последовательно идущих этапов. Последовательность рекомендуемых этапов составлена с учетом принципиальных толкований, касающихся пер-

воочередной необходимости устранения любого вида рефлюкса в целях достижения искомой терапевтической эффективности. Ввиду чего, медикаментозная часть предлагаемой схемы начинается с рекомендацией приема прокинетиков, а не представителей ИПП, что является ее принципиальным отличием от аналогов.

При использовании рекомендуемой схемы ступенчатой терапии ГЭРБ принципиально важным является соблюдение порядка последовательности этапов.

1-я ступень называется немедикаментозной и требует применения комплекса консервативных мероприятий направленных на предотвращения процессов ГЭР или ДГЭР. В зависимости от времени применения, их условно можно разделить на две по сущности взаимосвязанные, а по форме самостоятельные части: 1 — срочно (отказ от приема чая, кофе, некоторых лекарств и т. д.) и 2 — постепенно (сброс веса, отказ от курения и т. д.) выполняемых мероприятий.

2-я ступень называется медикаментозной и включает в себе прием группы препаратов эффективных в терапии ГЭРБ. Применение представителей указанных групп должно осуществляться последовательно. В отличие от общепризнанных режимов, лечение ГЭРБ начинается с приема представителей прокинетиков в виде моносредства, составляющегося базисную часть структуры используемых лекарств. Только лишь при кислом характере рефлюксата и наличии приступа мучительной ночной изжоги подключаются представители группы ИПП.

3-ю, последнюю ступень назвали хирургической, к которой следует прибегать при наличие показаний к ней.

Рекомендуемый способ ступенчатой терапии ГЭРБ предложен на основании реальной оценки роли процессов ДЭР и ДГЭР в развитии ГЭРБ и патогенетической обоснованности приема прокинетиков в качестве базисного средства. Применение ступенчатой терапии на собственной практике показало, что основные ее положения имеют право на существование. Понятно, что указанный вердикт является отражением собственной позиции исследователей относительно настоящей дискуссионной проблеме. Как и другие работы подобного рода, наверняка некоторые пункты предлагаемой ступенчатой терапии ГЭРБ не без недостатков и потому авторы с пониманием примут любые пожелания и советы специалистов, практикующих в данном направлении.