

УДК 616.329-002-089-059:615.24

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н., профессор
МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н., профессор
МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Шабанова Наталья Евгеньевна – к.м.н.
МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Обобщен опыт проведения предоперационной подготовки больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Продемонстрировано, что использование в качестве предоперационной подготовки эзомепразола, по сравнению с курсовым приемом омепразола, снижает частоту возникновения рецидивов эзофагита в течение года у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью без пищевода Барретта – в 1,8 и с пищеводом Барретта – в 2,1 раза.

Ключевые слова: ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ, ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА, ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ.

UDC 616.329-002-089-059:615.24

THE PECULIARITY OF PRE-OPERATED PREPARATION OF PATIENTS WITH BARRETT ESOPHAGUS

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – Dr.Sc.(Med.), prof.
City Hospital № 2 «KMLDO», Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

Durleshter Vladimir Moiseevich – Dr.Sc.(Med.), prof.
City Hospital № 2 «KMLDO», Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

Shabanova Natalia Evgenievna – MD
City Hospital № 2 «KMLDO», Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

The experience of pre-operated preparation of patients with gastro-esophageal reflux disease (GERD) was summarized. It was shown that pre-operated preparation by esomeprazole compared with omeprazole decreased the frequency of esophagitis relapse during a year in patients with GERD without Barrett esophagus in 1.8 times, and with Barrett esophagus in 2.1 times.

Key words: GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, PRE-OPERATED PREPARATION, PROTON PUMP INHIBITORS.

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) заключается в ее высокой распространенности, наличии как типичных симптомов, значительно ухудшающих качество жизни больных, так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют диагностику ГЭРБ [1]. В последние годы отмечается увеличение числа больных, страдающих ГЭРБ и ее осложнениями [2, 3]. Одним из осложнений ГЭРБ является развитие пищевода Барретта (ПБ) и связанные с ним дисплазии и аденокарциномы пищевода [4]. Распространенность ПБ среди лиц с эзофагитом приближается в среднем к 8 % с колебаниями от 5 до 30 % [5]. Примерно 95 % случаев аденокарциномы пищевода регистрируется у больных с ПБ. Частота ее развития у таких пациентов возрастает до 800 случаев на 100 000 населения в год [6]. Пятилетняя выживаемость при аденокарциноме пищевода низкая и составляет не более 11 %, поэтому диагностика и эффективное лечение ПБ как предракового заболевания – основной путь профилактики и ранней диагностики рака пищевода [4–6].

Во многих случаях ПБ не диагностируется потому, что клиническая картина при его развитии ничем не отличается от клиники неосложненной ГЭРБ, а в ряде случаев может протекать бессимптомно. По данным патологоанатомов, на один случай диагностированного ПБ приходится 20 не диагностированных [7]. Оптимальный способ диагностики ПБ в настоящее время не разработан.

На сегодняшний день оптимальным подходом к консервативному лечению ГЭРБ является проведение длительной основной (не менее 4–8 недель) и поддерживающей (6–12 месяцев), а в ряде случаев – и пожизненной терапии, что существенно снижает комплаентность пациентов. При несоблюдении этих условий вероятность обострения ГЭРБ очень высока – до 90–95 % в год [1, 2]. В связи с этим актуальными

остаются поиски хирургического метода устранения патологического гастроэзофагеального рефлюкса.

С учетом вышеизложенного, **целью** работы стало повышение эффективности комплексного лечения больных с ПБ на основе оптимизации схем предоперационной подготовки.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 80 пациентов с ГЭРБ, в том числе 36 больных с ПБ, находившихся на лечении в МУЗ Городская больница № 2 «Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение» (КМЛДО) в 2007–2010 годах. В исследование включались пациенты с клинической картиной ГЭРБ и длительностью анамнеза заболевания более пяти лет. В результате проспективного динамического наблюдения больные были разделены на три группы. В первую группу (21 человек) вошли больные, у которых установлена неэрозивная форма (НЭРБ) заболевания, во вторую включены пациенты с эзофагитом А и В стадий по лос-анджелесской классификации ($n = 23$). Третья группа была представлена пациентами, у которых выявили ПБ ($n = 36$). Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) была диагностирована у 67 человек (83,8 %) из 80 обследованных. Консервативную терапию получали все лица, находящиеся на динамическом диспансерном наблюдении. Хирургическое лечение 61 (76,3 %) пациента было проведено по оригинальной методике устранения ГПОД и формирования арефлюксной кардии [8]. Контрольную группу составили 24 практически здоровых добровольца (12 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 26 до 55 лет.

Наблюдаемые больные прошли комплексное клиническое, морфологическое и функциональное обследование, включающее: эндоскопическую и морфологическую оценку слизистой оболочки пищевода, полипозиционное рентгенологическое исследование эзофагогастродуоденального комплекса, суточное рН-мониторирование.

Для решения статистических задач использовали прикладную программу «Статистика-6» для Windows XP (версия 2002). При распределении, не соответствующем критериям нормального распределения признака, расчет величин осуществляли с использованием непараметрических методов: медиана (Me), квартили (Q 0,25 и Q 0,75), минимальное и максимальное значения признака. Группы сравнивали с помощью U-критерия Манна – Уитни, Spearman, Kendall Tau и Gamma. Анализ различий качественных признаков проводился с использованием точного критерия Фишера и χ^2 . Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Все пациенты получали консервативную терапию в два этапа: первый – начальная терапия обострения, второй – поддерживающая терапия. При анализе эффективности медикаментозного лечения пациентов объединили в две группы. В первую группу включены пациенты с неэрозивной и эрозивной формами ГЭРБ, во вторую – с ПБ. Всем больным в группах проводилось консервативное лечение, которое включало: курсы ингибиторов протонной помпы (ИПП) в адекватной терапевтической дозе, прокинетики, антациды и альгинаты в режиме «по требованию».

Всем пациентам после проведения обследования на H.pylori при позитивных результатах назначали антихеликобактериальную терапию в объеме по трехкомпонентной схеме в течение 14 дней, согласно Маастрихтскому консенсусу 2005 года. При длительной антисекреторной терапии рекомендуется проведение эрадикационного лечения для профилактики прогрессирования атрофического гастрита (Пиманов С.И. и соавт., 2008; Malfertheiner P. et al., 2007).

Основой терапии для всех больных были ингибиторы протонной помпы (ИПП). Режимы приема ИПП у пациентов с ГЭРБ без ПБ представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Режимы проведения консервативной терапии ИПП у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью без пищевода Барретта ($n = 44$)

Режимы приема	Омепразол ($n = 27$), абс. (%)	Эзомепразол ($n = 17$), абс. (%)
Терапия обострения		
Терапия обострения в полной дозе (40 мг/сут.), 4 недели	9(33,3)	14 (82,4)*
Терапия обострения в полной дозе (40 мг/сут.), 8 недель	18 (66,7)	3(17,6)*
Поддерживающая терапия в $\frac{1}{2}$ дозы (20 мг/сут.), длительно	12 (44,4)	6 (33,3)
Терапия по требованию (40 мг/сут.), 2–4 раза в неделю	0 (0)	5 (29,4)*
Самостоятельно прекратили поддерживающую терапию	15 (55,6)	6 (35,3)
Частота рецидива (ов) в течение года		
Число пациентов с рецидивами	20 (74,1)	7 (41,2)*

Примечание: * – здесь и далее представлены достоверные отличия между группами омепразола и эзомепразола ($p < 0,05$).

Из данных таблицы 1 видно, что в течение года динамического диспансерного наблюдения рецидивы заболевания у пациентов, принимающих омепразол, возникали достоверно чаще – 20 (74,1 %), по сравнению с лицами, принимающими эзомепразол – 7 (41,2 %) ($p < 0,05$). Эффект от проводимой терапии ИПП наступал быстрее в течение четырех недель у пациентов, принимающих эзомепразол (82,4 % и 33,3 %, $p < 0,05$), а 8-недельный курс терапии в полной дозе чаще проводился у пациентов, получавших омепразол (66,7 % и 17,6 %, $p < 0,05$).

Режимы приема ИПП у больных ГЭРБ с ПБ представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Режимы проведения консервативной терапии ИПП у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, осложненной пищеводом Барретта, в течение одного года ($n = 36$)

Режимы приема	Омепразол ($n = 24$), абс. (%)	Эзомепразол ($n = 12$), абс. (%)
Терапия обострения		
Терапия обострения в полной дозе (40 мг/сут.), 8 недель	24 (100)	12 (100)
Постоянный прием в полной дозе (40 мг/сут.)	20 (83,3)	5 (41,6)*
Поддерживающая терапия в $\frac{1}{2}$ дозы (20 мг/сут.), длительно	4 (16,7)	4 (33,3)
Терапия по требованию (40 мг/сут.), 2–4 раза в неделю	0 (0)	3 (25,0)
Самостоятельно прекратили поддерживающую терапию	14 (58,3)	4 (33,3)
Частота рецидива (ов) в течение года		
Число пациентов с рецидивами	20 (83,3)	4 (33,3)*

По данным таблицы 2 видно, что пациенты достоверно чаще постоянно принимали омепразол, чем эзомепразол, в дозе – 40 мг/сут. (83,3 % и 41,6 %, $p < 0,05$). В группе лиц, получавших омепразол, отмечалось больше рецидивов заболевания (83,3 % и 33,3 %, $p < 0,05$).

Дополнительно к терапии ИПП пациенты получали прокинетики (домперидон), антациды (маалокс, альмагель и др.) и альгинаты (гевискон) по требованию при возникновении изжоги. Прокинетики оказывают положительное влияние на барьерную функцию НПС за счет увеличения его давления, усиливают перистальтику пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, улучшая пищеводный клиренс и опорожнение желудка. Прием домперидона осуществляли по 10 мг три раза в сутки в течение трех недель. Антациды нейтрализуют кислоту, их принимали по одному пакету через 1–1,5 ч после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов. Альгинаты содержат альгиновую кислоту и при приеме восстанавливают антирефлюксный барьер, обладают регенерационным и цитопротективным эффектом, восстанавливая

способность слизистой оболочки (СО) пищевода противостоять повреждающему действию кислого содержимого, снижают повреждающее действие рефлюксата, оказывают прокинетическое и обволакивающее действие. При возникновении рефлюкса в пищеводе происходит обволакивание СО защитной пленкой, что предохраняет ее от действия кислого желудочного содержимого.

Анализ данных, представленных в таблице 3, свидетельствует о том, что пациенты без ПБ достоверно чаще принимали антациды и альгинаты в режиме «по требованию» (68,2 % и 40,9 %), в сравнении с больными, имеющими ПБ (22,2 % и 8,3 %), ($p < 0,05$). Это объясняется более выраженной субъективной симптоматикой. У пациентов с ПБ СО пищевода становится менее чувствительной к действию кислого содержимого желудка и клиническая картина сглаживается.

Таблица 3 – Режим приема прокинетиков, антацидов и альгинатов у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в течение одного года

Группы препаратов	ГЭРБ без ПБ ($n = 44$)	ГЭРБ с ПБ ($n = 36$)	Всего ($n = 80$)
Прокинетики (мотилак 30 мг/сут.), 3 нед.	32 (72,7)	21 (58,3)	53 (66,3)
Антациды в режиме «по требованию»	30 (68,2)	8 (22,2)*	38 (47,5)
Альгинаты в режиме «по требованию»	18 (40,9)	3 (8,3)*	21 (26,3)

Все больные, которые сами изменили курс назначенного консервативного лечения, мотивировали свой поступок улучшением самочувствия и исчезновением клинической симптоматики.

После проведенного лечения осуществляли опрос жалоб и контрольную эндоскопию. Результаты повторного обследования представлены в таблицах 4, 5.

Таблица 4 – Трансформация клинической картины у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью после консервативного лечения

Симптомы	1-я группа (n=21), абс.(%)		1-я группа (n=23), абс.(%)		3-я группа (n=36), абс.(%)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1	2	3	4	5	6	7
Изжога	21 (100,0)	2 (9,5)*	22 (95,65)	12 (52,2)*	33 (91,7)	21 (58,3)*
– слабая	3 (14,3)	2 (9,5)	5 (21,7)	7 (30,4)	5 (13,9)	10 (27,8)
– умеренная	9 (42,85)	0 (0)	3 (13,0)	1 (4,4)	18 (50,0)	6 (16,7)*
– выраженная	9 (42,85)	0 (0)	14 (60,87)	4 (17,4)*	10 (27,8)	5 (13,8)
Отрыжка воздухом, кисл.	18 (85,7)	9 (42,6)	20 (86,96)	19 (82,6)	31 (86,1)	29 (80,6)
– слабая	2 (9,50)	4 (19,1)	1 (4,35)	3 (13,1)	5 (13,9)	17(47,2)
– умеренная	9 (42,86)	5 (23,8)	7 (30,43)	9 (39,1)	15 (41,7)	10 (27,8)
– выраженная	7 (33,3)	0 (0)	12 (52,2)	7 (30,4)	11 (30,5)	2 (5,6)*
Избыточная саливация	7 (33,3)	5 (23,8)	10 (43,5)	8 (34,8)	7 (19,4)	6 (16,7)
– слабая	2 (8,7)	2 (9,5)	3 (13)	5 (21,7)	2 (5,6)	3 (8,3)
– умеренная	2 (8,7)	1 (4,8)	5 (21,7)	3 (13,1)	4 (11,1)	2 (5,6)
– выраженная	3 (14,3)	2 (9,5)	2 (8,7)	0 (0)	1 (2,7)	1 (2,7)
Дисфагия	1 (4,8)	0 (0)	5 (21,7)	3 (13,0)	6 (16,7)	6 (16,7)
– слабая	1 (4,8)	0 (0)	3 (13,1)	2 (8,7)	4 (11,1)	4 (11,1)
– умеренная	0 (0)	0 (0)	1 (4,4)	1 (4,3)	2 (5,6)	2 (5,6)
– выраженная	0 (0)	0 (0)	1 (4,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Одинофагия	0 (0)	0 (0)	1 (4,4)	1 (4,4)	2 (5,6)	2 (5,6)
– слабая	0 (0)	0 (0)	1 (4,4)	1 (4,4)	2 (5,6)	2 (5,6)
Тошнота	8 (38,1)	3 (14,3)	8 (34,8)	4 (17,4)	20 (55,6)	11 (30,5)
– слабая	3 (14,3)	3 (14,3)	2 (8,7)	2 (8,7)	18 (50,0)	11 (30,5)
– умеренная	4 (19,0)	0 (0)	4 (17,4)	2 (8,7)	2 (5,6)	0 (0)
– выраженная	1 (4,8)	0 (0)	2 (8,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Рвота	5 (23,8)	0 (0)	7 (30,4)	4 (30,4)	5 (13,9)	4 (11,1)
– слабая	4 (19,0)	0 (0)	4 (17,4)	2 (8,7)	5 (13,9)	4 (11,1)
– умеренная	1 (4,8)	0 (0)	2 (8,7)	2 (8,7)	0 (0)	0 (0)
– выраженная	0 (0)	0 (0)	1 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Осиплость голоса	11 (52,4)	2 (9,5)	8 (34,7)	6 (26,1)	16 (44,4)	11 (30,5)
– слабая	5 (23,8)	2 (9,5)	5 (21,7)	4 (17,4)	12 (33,3)	10 (27,8)
– умеренная	4 (19,1)	0 (0)	1 (4,3)	2 (8,7)	4 (11,1)	1 (2,7)
– выраженная	2 (9,5)	0 (0)	2 (8,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Привычное покашливание	10 (47,6)	5 (23,8)	15 (65,2)	6 (26,1)	16 (44,4)	12 (33,3)
– слабое	5 (23,8)	5 (23,8)	8 (34,8)	5 (21,7)	10 (27,8)	10 (27,8)
– умеренное	2 (9,5)	0 (0)	5 (21,7)	2 (8,7)	4 (11,1)	2 (5,5)
– выраженное	3 (14,3)	0 (0)	2 (8,7)	0 (0)	2 (5,5)	0 (0)
Болевой симптом	11 (52,4)	4 (19,0)	9 (39,1)	6 (26,1)	17 (47,2)	9 (25,0)
– слабый	1 (4,8)	4 (19,0)	1 (4,3)	4 (17,4)	7 (19,4)	6 (16,7)

– умеренный	3 (14,3)	0 (0)	4 (17,4)	2 (8,7)	8 (22,2)	3 (8,3)
– выраженный	7 (33,3)	0 (0)	4 (17,4)	0 (0)	2 (5,6)	0 (0)
Икота	5 (23,8)	0 (0)	8 (34,8)	4 (17,4)	17 (47,2)	7 (19,4)*
– слабая	4 (19,0)	0 (0)	4 (17,4)	4 (17,4)	8 (22,2)	5 (13,9)
– умеренная	1 (4,8)	0 (0)	4 (17,4)	0 (0)	9 (25,0)	2 (5,5)*
Одышка	11 (52,4)	4 (19,0)	12 (52,2)	12 (52,2)	14 (38,8)	11 (30,5)
– слабая	7 (33,3)	4 (19,0)	8 (34,8)	8 (34,8)	10 (27,8)	10 (27,8)
– умеренная	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)	4 (17,4)	3 (8,3)	1 (2,7)
– выраженная	3 (14,3)	0 (0)	4 (17,4)	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)
Запоры	9 (42,9)	9 (42,9)	9 (39,1)	9 (39,1)	17 (47,2)	17 (47,2)
– слабый	3 (14,3)	3 (14,3)	4 (17,4)	4 (17,4)	10 (27,8)	10 (27,8)
– умеренный	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (19,4)	7 (19,4)
– выраженный	6 (28,6)	6 (28,6)	5 (21,7)	5 (21,7)	0 (0)	0 (0)

Примечание: * – достоверные отличия по сравнению с больными после проведенного консервативного лечения ($p < 0,05$).

Таблица 5 – Результаты фиброгастроуденоскопии больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью после консервативной терапии

Характерные признаки	1-я группа (n=21), абс.(%)		2-я группа (n=23), абс.(%)		3-я группа (n=36), абс.(%)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Кардия смыкается:						
– плотно	7 (33,4)	7 (33,4)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (5,6)	2 (5,6)
– неплотно	11 (52,4)	11 (52,4)	12 (52,2)	12 (52,2)	28 (77,8)	28 (77,8)
– зияет	3 (14,2)	3 (14,2)	9 (39,1)	9 (39,1)	6 (16,6)	6 (16,6)
Z-линия:						
– четкая	13 (61,9)	15 (71,4)	8 (34,8)	11 (47,8)	13 (36,1)	21 (58,3)
– смазана	8 (38,1)	6 (28,6)	15 (65,2)	12 (52,2)	23 (63,9)	15 (41,7)
Эзофагит по лос-анджелесской классификации (1994 г.)						
НЭРБ	21 (100)	21 (100)	0	19 (82,6)	0 (0)	0 (0)
– ст. А	0 (0)	0 (0)	12 (52,2)	4 (17,4)*	0 (0)	0 (0)
– ст. В	0 (0)	0 (0)	11 (47,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
– ст. С	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
– ст. D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	36 (100)	36 (100)
Пролабирование слизистой желудка в пищевод	5 (23,8)	3 (14,3)	6 (26)	5 (21,7)	11 (30,5)	10(27,8)
Наличие желчи в желудке	4 (19)	0 (0)	15 (65,2)	5 (21,7)*	20 (55,6)	8 (22,2)*
Воспалительные изменения в луковице ДПК	3 (14,2)	0 (0)	10 (43,5)	4 (17,4)*	23 (63,9)	11 (30,5)*

Примечание: * – достоверные отличия по сравнению с больными после проведенного консервативного лечения ($p < 0,05$).

При контрольном обследовании в первой группе достоверно уменьшилось число жалоб на изжогу (100 % и 9,5 %, $p < 0,05$), выраженной и умеренной изжоги не наблюдалось.

Во второй группе у больных после проведенного консервативного лечения отмечалось достоверное снижение числа жалоб на изжогу (95,65 % и 52,2 %, $p < 0,05$), в том числе значительно уменьшились выраженная изжога (60,87 % и 17,4 %, $p < 0,05$) и умеренная дисфагия (21,7 % и 13,0 %, $p < 0,05$).

В третьей группе пациентов после медикаментозной терапии достоверно уменьшились изжога (95,65 % и 58,3 %, $p < 0,05$), в том числе умеренная изжога (50,0 % и 16,7 %, $p < 0,05$), выраженная отрыжка воздухом, кислым (30,5 % и 5,6 %, $p < 0,05$), умеренная икота (25,0 % и 5,5 %, $p < 0,05$).

Остальные клинические показатели во всех группах были с тенденцией к уменьшению, но достоверных отличий не наблюдалось.

Из данных таблицы 5 следует, что во второй (43,5 % и 17,4 %, $p < 0,05$) и третьей (63,9 % и 30,5 %, $p < 0,05$) группах при повторном обследовании достоверно уменьшились воспалительные изменения в луковице двенадцатиперстной кишки (ДПК). Во второй (65,2 % и 17,4 %, $p < 0,05$) и третьей (55,6 % и 22,4 %, $p < 0,05$) группах после проведенного лечения достоверно уменьшилась частота заброса желчи в желудок.

После проведенного медикаментозного лечения во второй группе достоверно уменьшилось количество больных с эзофагитом по лос-анджелесской классификации степени А (52,2 % и 17,4 %, $p < 0,05$), а степени В не выявлено. В первой группе после проведенного консервативного лечения достоверных изменений по эндоскопической картине выявлено не было.

Таким образом, после курса консервативной терапии во второй группе отмечалось улучшение состояния СО пищевода и, как следствие

этого, уменьшение частоты жалоб, связанных с эзофагитом. Во всех группах консервативное лечение привело к уменьшению клинических симптомов и улучшению состояния.

Рецидивом заболевания мы считали возникновение клинических симптомов (изжоги) и/или эндоскопической картины эзофагита. Все рецидивы разделили на три варианта: 1) наличие клинических симптомов чаще в виде изжоги в сочетании с эндоскопической картиной появления эрозий; 2) наличие клинических симптомов, но без проявлений эндоскопических признаков рецидива заболевания; 3) отсутствие клиники, но наличие рецидива или персистирования эрозий при эндоскопии.

Данные о частоте возникновения рецидивов в группах, представленные на рисунке 1, свидетельствуют о том, что рецидивы с выраженной клиникой достоверно чаще встречались у пациентов без ПБ (40,9 % и 4,4 %, $p < 0,05$) и реже выявлялась эндоскопическая картина (6,8 % и 65,2 %, $p < 0,05$).

При возникновении рецидива всем повторно проводили курс терапии ИПП в течение 8 недель в полной дозе, далее снова переходили к постоянной поддерживающей терапии или терапии «по требованию».

Частота возникновения рецидивов у пациентов без ПБ наблюдалась 1–2 раза в год, в среднем – 1,5. В группе с ПБ рецидивы встречались 2–4 раза в год, что в среднем составило 3,7 раза.

Появление частых рецидивов в группах, как мы считаем, связано с самостоятельной отменой пациентами терапии. Больные прекращали прием лекарственных средств при улучшении состояния, а часть пациентов без объяснения причин.

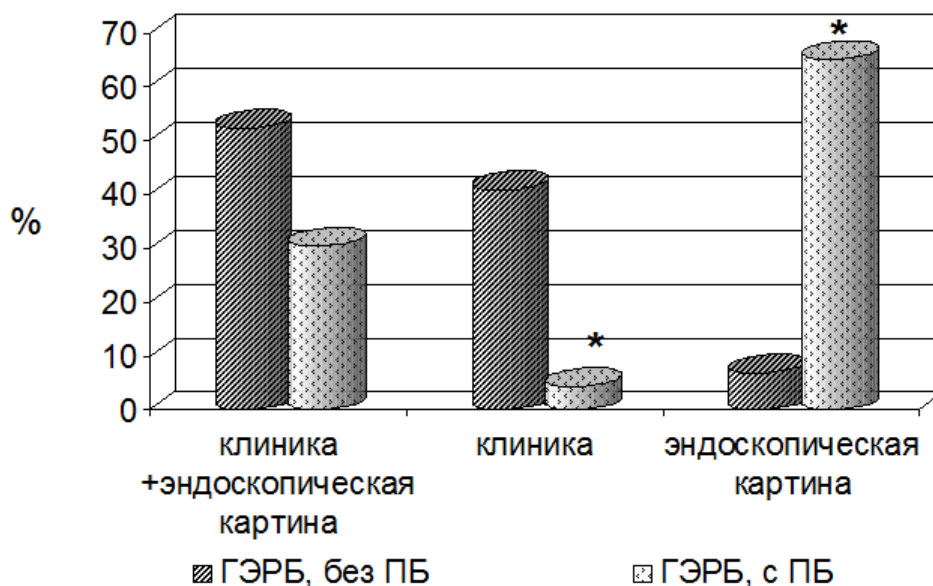


Рисунок 1. Характеристика рецидивов у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, выраженные в %;

* – представлены достоверные отличия от частоты рецидивов у пациентов с ГЭРБ без ПБ

Заключение. Проведенное клиническое обследование пациентов показало, что ведущим симптомом во всех группах являлась изжога, причем более выраженные симптомы чаще встречались у пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ. Схемы консервативной терапии – на начальном этапе курсовой прием в течение 8 недель ИПП и в последующем проведение поддерживающей терапии в половинной дозе или по требованию – достоверно улучшают состояние СО пищевода и уменьшают число возникновения рецидивов заболевания. Использование в качестве предоперационной подготовки эзомепразола, по сравнению с курсовым приемом омепразола, способствует снижению частоты возникновения рецидивов эзофагита в течение года у пациентов с ГЭРБ без ПБ – в 1,8 и с ПБ – в 2,1 раза.

Список литературы

1. *Ивашкин В.Т.* Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, А.С. Трухманов, О.А. Склянская, М.Ю. Коньков. – М., 2005. – 30 с.
2. *Кубышкин В.А.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: диагностика, консервативное и оперативное лечение / В.А. Кубышкин, Б.С. Корняк. – М.: СПРОС, 1999. – 189 с.
3. *Кубышкин В.А.* Качество жизни больных после антирефлюксных операций / В.А. Кубышкин, А.В. Кочатков, Б.С. Корняк, И.С. Шмелева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 5. – С. 80–86.
4. *Кузин Н.М.* Пищевод Барретта – проблема медицины XXI века / Н.М. Кузин, К.Д. Далгатов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – № 5. – С. 4–11.
5. *Старостин Б.Д.* Пищевод Барретта: выявление, мониторинг, лечение // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 3. – С. 85–91.
6. *Lagergren J.* Adenocarcinoma of oesophagus: what exactly is the size of the problem and who is at risk? / J. Lagergren // Gut. – 2005. – V. 54. – P. 11–15.
7. *Cameron A.J.* Prevalence of columnar – lined (Barrett`s) esophagus: comparison of population – based clinical and autopsy findings / A.J. Cameron, A.R. Zinsmeister, D.J. Ballard // Gastroenterology. – 1990. – V. 99. – P. 918–922.
8. *Оноприев В.И.* Результаты хирургического лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / В.И. Оноприев, В.М. Дурлештер, А.Я. Гучетль [и др.] // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2005. – № 1. – С. 21–24.