

Изжога — симптом, субъективно воспринимаемый как чувство жжения или тепла различной интенсивности и продолжительности, возникающее за грудиной (на уровне ее нижней трети) и/или в подложечной области, распространяющееся вверх от мечевидного отростка. Изжога может возникать натощак или после сытной еды, употребления большого количества сладостей, пряных или острых блюд. Курение, животные жиры, шоколад, кофе, томаты, цитрусовые и алкоголь также могут провоцировать изжогу. Нередко она появляется в горизонтальном положении, в процессе физической работы, особенно связанной с подъемом тяжестей, наклонами туловища вниз, в период беременности. Если изжога вызвана ретроградным забросом кислого содержимого, то она довольно легко снимается питьевой содой и антацидами, молоком или щелочными минеральными водами. Заброс комбинированного (кисло-щелочного содержимого) требует использования адсорбентов и антацидов.

XXI век — век ГЭРБ

Изжога считается наиболее характерным симптомом (встречается у 83% пациентов) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), проявляющимся в результате длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4,0$) или щелочного ($\text{pH} > 7,0$) желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Изжоге при ГЭРБ могут сопутствовать другие пищеводные симптомы: регургитация (срыгивание, пищеводная рвота), отрыжка, гиперсаливация, одинофагия (боль при проглатывании пищи) и дисфагия (затрудненное прохождение пищи), а также внепищеводные проявления: осиплость голоса, заложенность носа, покашливание, глоссит, перебои в работе сердца.

Тенденция к увеличению заболеваемости ГЭРБ явилась основанием провозгласить на 6-й Европейской гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997 г.) лозунг «XX век — век язвенной болезни, XXI век — век ГЭРБ».

ГЭРБ как самостоятельная нозологическая единица официально была утверждена международной рабочей группой относительно недавно, в октябре 1997 года (г. Генваль, Бельгия). ГЭРБ рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярным повторяющимся забрасыванием в пищевод агрессивного (желудочного и/или дуоденального) содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений и появлению характерных клинических симптомов. На сегодняшний день термином ГЭРБ принято обозначать все случаи патологического заброса агрессивного содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки в пищевод с развитием характерных клинических симптомов вне зависимости от того, возникают ли при этом морфологические изменения слизистой оболочки пищевода или нет. В первом случае принято говорить об «эндоскопически позитивной ГЭРБ» с развитием «рефлюкс-эзофагита», во втором — «об эндоскопически негативной ГЭРБ», или «неэрозивной рефлюксной болезни» (НЭРБ). В качестве третьей клинической формы заболевания на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 2002 г.) выделен пищевод Барретта.

Следует отметить, что при ГЭРБ нет четких параллелей между выраженностью клинических проявлений болезни и наличием или отсутствием патологических изменений слизистой оболочки пищевода, свидетельствующих о наличии эзофагита.

Плюсы и минусы доминанты

Монреальский консенсус по ГЭРБ (2006) предлагает рассматривать ГЭРБ как «состояние, развивающееся в случаях, когда заброс содержимого желудка в пищевод вызывает у больного причиняющие неудобство симптомы и/или приводит к развитию осложнений». Экспертами допускается постанов-

Изжога — симптом, требующий от врача мозгового штурма



Д.И. ТРУХАН,
профессор кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения России», доктор медицинских наук



Л.В. ТАРАСОВА,
доцент кафедры госпитальной терапии № 1 с курсом фтизиатрии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», главный гастроэнтеролог МЗСР Чувашской Республики, заведующая Республиканским гастроэнтерологическим центром, доктор медицинских наук

ка диагноза ГЭРБ без эндоскопического исследования, на основании только наличия симптомов (прежде всего изжоги), которые причиняют неудобство пациенту, например, один эпизод умеренных или сильно выраженных симптомов или два эпизода слабой интенсивности в неделю.

Европейский алгоритм, основанный на Гштадском руководстве по лечению ГЭРБ (Gstaad Treatment Guidelines, 2008), выделяет три уровня оказания помощи пациентам ГЭРБ: самолечение, первичная медицинская помощь (терапевт или врач общей практики), специализированная медицинская помощь (гастроэнтеролог). Обращение к терапевту или врачу общей практики, в соответствии с этим алгоритмом ведения пациентов с ГЭРБ, рекомендуется при наличии симптомов ГЭРБ два и более раз в неделю. На данном этапе алгоритм также предусматривает постановку диагноза ГЭРБ только на основе типичных клинических проявлений заболевания.

Таким образом, на сегодняшний день наличие изжоги у пациента связывается прежде всего с ГЭРБ. Подобная доминанта имеет свои плюсы и минусы.

К плюсам следует отнести более серьезное отношение к изжоге — не как к диетической погрешности, а как к ведущему симптому ГЭРБ. Актуальность проблемы ГЭРБ заключается в том, что в клинической картине ГЭРБ наряду с пищеводными симптомами могут отмечаться и внепищеводные (атипичные) симптомы: сердечные, легочные, оториноларингологические, стоматологические, которые могут выходить на первый план и влиять на прогноз у конкретного пациента. Внепищеводные симптомы в соответствии с Монреальским консенсусом (2006) подразделяются на две группы: достоверно связанные с ГЭРБ (рефлюкс-кашель, рефлюкс-ларингит, рефлюкс-астма и рефлюкс-кариес) и, вероятно, связанные с ГЭРБ (фарингит, синусит, идиопатический легочный фиброз, рецидивирующий отит). Кроме того, не стоит забывать об осложнениях ГЭРБ: стриктуре пищевода, пептической язве, кровотечениях из язв пищевода. К наиболее значимым осложнениям относятся пищевод Барретта (метаплазия желудочным или тонкокишечным эпителием дистальной трети пищевода) и аденокарцинома.

К минусам установившейся тесной ассоциации изжоги и ГЭРБ можно отнести воз-

можность пропуска у пациента другой патологии органов пищеварения, часто более серьезной, чем ГЭРБ, а также изменений со стороны других органов и систем, прежде всего сердечно-сосудистой системы.

Пациентов надо предупреждать

Усугубляет риск пропустить более серьезную патологию многочисленная реклама различных препаратов для купирования изжоги в общедоступных средствах массовой информации. Следует отметить, что в большинстве рекламных материалов отсутствует предупреждение пациента о возможности самостоятельного приема этих средств не более 7—10 дней и дальнейшей необходимости обратиться за консультацией к врачу.

Самолечение может приводить к неполному контролю симптомов ГЭРБ, развитию осложнений или маскировать другие заболевания пищеварительной системы, в том числе и злокачественные новообразования.

Больной с ишемической болезнью сердца может субъективно ощущать проявления стенокардии как чувство жжения, которое локализуется чаще за грудиной (в верхней или средней ее трети). К основным факторам, провоцирующим приступ стенокардии, относятся: физическая нагрузка — быстрая ходьба, подъем в гору или по лестнице, перемена тяжести; повышение артериального давления; холод; обильный прием пищи; эмоциональный стресс. Для типичной стенокардии характерна преимущественная иррадиация в левую руку, плечо, лопатку, шею, нижнюю челюсть.

Приступ стенокардии проходит в покое и купируется в течение нескольких секунд или минут при приеме нитроглицерина. Интенсивность стенокардитической боли может быть различной — от умеренной до выраженной, заставляющей пациента останавливаться при ходьбе, стонать или даже кричать. Продолжительность около 3—5 минут, редко до 10 минут. Считается, что боль при стенокардии нарастает постепенно в виде следующих друг за другом усиливающихся приступов жжения и сжатия, достигает максимума и затем быстро исчезает. Длительность нарастания боли всегда значительно превышает длительность ее исчезновения.

Стенокардитические боли необходимо дифференцировать не только с изжогой, но

и с болями в грудной клетке некоронарного происхождения (angina-like chest pain), которые часто связаны с патологией пищевода и могут иметь место при ГЭРБ. Клинические проявления болей в грудной клетке, связанных с рефлюксом, имеют определенные особенности: жгучий характер, локализацию за грудиной, отсутствие иррадиации. Рефлюксные боли связаны с приемом пищи, переизменением положения тела (наклоны, горизонтальное положение); уменьшаются или проходят после приема антацидов, щелочных минеральных вод или антисекреторных препаратов, сочетаются с изжогой и/или дисфагией.

Изжога и боль — типичные симптомы

Нередко причиной изжоги является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), которую можно выявить при рентгенологическом исследовании в положении Тренделенбурга (коленно-локтевом). Выделяют два типа ГПОД — аксиальную (скользящую) и параэзофагеальную. Клинически ГПОД проявляется изжогой, регургитацией, дисфагией, болью в нижней части грудины, которая может иррадиировать в спину, в левое плечо, в левую руку, как при стенокардии. Обычно боль имеет жгучий характер, реже проявляется ощущением инородного тела, вздутием, давлением и часто возникает в положении лежа, при наклоне вперед, после еды, в тех ситуациях, когда повышается внутрибрюшное давление.

Изжога и боль — типичные симптомы скользящей ГПОД, сопровождающейся гастроэзофагеальным рефлюксом вследствие нарушения запирающей функции кардии. Дисфагия же в основном возникает при фиксированной параэзофагеальной грыже, обусловленной сдавлением пищевода содержимым грыжевого мешка.

Параэзофагеальная фиксированная грыжа распознается при обычном рентгеновском исследовании. Для обнаружения скользящей грыжи используют метод позиционного исследования с барием, позволяющий в различных положениях тела выявить миграцию абдоминальной части пищевода и кардиального отдела через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную клетку и регургитацию контрастного вещества в дистальную часть пищевода. Следует отметить, дно желудка при формировании скользящей ГПОД редко является частью грыжевого выпячивания.

При эндоскопическом исследовании у пациента с аксиальной (скользящей) ГПОД на первый план выходят признаки рефлюкс-эзофагита. Среди других изменений можно отметить наличие отека, эрозий, подслизистых геморрагий или эрозий в субкардиальном и кардиальном отделах желудка.

Изжоге могут сопутствовать и другие гастроэнтерологические симптомы, ассоциированные с нарушением моторики и/или гиперчувствительностью желудка к растяжению: чувство тяжести, переполнения, раннего насыщения, вздутие живота, которые могут возникать во время или сразу после приема пищи. Разграничение патологии пищевода и функциональной диспепсии (ФД) является весьма сложным аспектом диагностики. В материалах Римского консенсуса III констатируется, что изжога и диспепсия чрезвычайно широко распространены и могут существовать одновременно. Наличие изжоги не исключает синдромов постпрадиального дистресс-синдрома (ПДС) или эпигастрального болевых синдромов (ЭБС). При доминировании диспепсических жалоб ГЭРБ без эзофагита является сопутствующим диагнозом.

Дуодено-гастроэзофагеальный рефлюкс

Наиболее частые причины упорной изжоги — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и хронический гастрит типа В (хронический неатрофический гиперсекреторный антральный гастрит). Эти заболевания в большинстве случаев протекают на фоне повышенной желудочной секреции, усиленной выработки соляной кислоты и пищеварительных ферментов в желудке. Однако не стоит

забывать, что изжога может встречаться не только при нормальной и повышенной кислотности желудочного сока, но даже при ахилии.

Нельзя не отметить, что изжога может доминировать в клинической картине рака кардиального отдела желудка. Вначале это может быть чувство жжения при прохождении пищи по пищеводу, «неловкость» и царапанье при проглатывании пищи. По мере прогрессирования процесса появляется выраженная дисфагия. Часто отмечается боль в эпигастральной области под мечевидным отростком, нередко иррадиирующая в область сердца. В связи с этим врач должен помнить, что наличие дисфагии, одинофагии (боль при глотании) в сочетании с анемией в общем анализе крови следует считать тревожными симптомами. Наличие любого из этих симптомов у пациента требует проведения инструментального обследования для исключения опухоли пищевода.

Широкий интерес к некислотным повреждающим факторам возник при внедрении в диагностику ГЭРБ методики суточной рН-метрии. В качестве консолидирующего для этой группы факторов используется термин «дуодено-гастроэзофагеальный рефлюкс». Состав некислотного рефлюктата может быть различным — желчь, панкреатический сок, лизолецитин и другие компоненты дуоденального секрета. Пациенты наряду с изжогой отмечают чувство горечи. Развитию дуодено-гастрального рефлюкса в первую очередь способствуют функциональные и органические заболевания билиарного тракта. Их выявление и последующая коррекция являются наиболее эффективным лечебным методом в плане устранения изжоги.

Рифы и мели дифференциальной диагностики

Изжога может быть следствием приема лекарственных препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера или сами могут явиться причиной воспаления: нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды, антагонисты кальция, антихолинергические препараты, бета-адреноблокаторы, теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, доксициклин, хинидин. В связи с этим крайне актуальным становится правильно и внимательно собранный анамнез при первичном контакте врача с пациентом, а также учет наличия недостаточности нижнего пищеводного сфинктера у курируемого больного при назначении вышеперечисленных групп препаратов.

Среди прочих возможных причин возникновения изжоги следует учитывать состояние, приводящие к повышению внутрибрюшного давления: беременность, асцит, метеоризм, гепатоспленомегалия, запор, хроническая обструктивная болезнь легких и другие. Адекватное лечение основного заболевания в данном случае является гарантией ликвидации и симптомокомплекса изжоги.

Подводя итог, следует сказать, что, несмотря на видимую простоту, дифференциальная диагностика изжоги имеет свои рифы и мели, и отказ терапевта и врача общей практики от назначения пациенту с изжогой эндоскопического исследования, в соответствии с Гштадским алгоритмом (2009), равносильно выходу в открытое море без карты и компаса.

Таблица. Наиболее частые причины развития изжоги

Патология органов и систем организма	Заболевания и состояния
Болезни пищевода	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
Болезни желудка и 12-перстной кишки	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический гастрит типа В, рак кардиального отдела желудка
Патология других органов пищеварительной системы	Функциональные и органические заболевания органов билиарной системы, печени, поджелудочной железы
Болезни сердечно-сосудистой и дыхательной систем	Ишемическая болезнь сердца, стенокардия, хроническая обструктивная болезнь легких
Патологические состояния и синдромы	Ожирение, асцит, гепатоспленомегалия, метеоризм, запор
Физиологические состояния	Беременность
Прием лекарственных препаратов	Нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероидные гормоны, антагонисты кальция, антихолинергические препараты, бета-адреноблокаторы, теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, доксициклин, хинидин, отхаркивающие средства
Погрешности в диете и факторы питания	Жир, шоколад, кофе, фруктовые соки, острая, сладкая, кислая, пряная пища, свежеспеченные хлебобулочные изделия, газированные напитки и др
Особенности образа жизни	Работа, связанная с наклонным положением туловища и подъемом тяжестей; стресс; физическое напряжение, сопровождающееся повышением внутрибрюшного давления
Вредные привычки	Алкоголь, табакокурение

Источник: автор

НОВОСТИ



Собачий нюх на внутрибольничные инфекции

Голландский ученый Иво Сламдерс и его сотрудники сумели натренировать собаку на определение внутрибольничных инфекций по запаху. Нидерландские исследователи предположили, что, поскольку доказана способность собак распознавать различные виды рака, эти домашние животные смогут учуять и присутствие внутрибольничной инфекции. Специалисты натренировали двухлетнего пса по имени Клифф на определение специфического запаха, издаваемого бактериями *Clostridium difficile*. Указанные патогенные микробы, как правило, распространяются среди пациентов, получающих антибиотикотерапию. Размножаясь в кишечнике, в котором собственная микрофлора подавлена антибиотиками, *C. difficile* выделяет вызывающие диарею токсины. В ряде случаев заболевание становится жизнеугрожающим. В течение двух месяцев Клифф учился распознавать запах, присущий стулу зараженных *C. difficile* пациентов. Если собака чуяла инфекцию, она садилась или ложилась на пол. Затем пес «сдал экзамен» — ему предложили обнюхать 100 образцов фекалий. Ровно половина из указанных проб принадлежали инфицированным больным. Клифф успешно справился со своей задачей: он верно определил 50 инфицированных и 47 неинфицированных образцов. Согласно оценкам ученых, это очень высокий результат. Затем пса провели по больничным палатам, в которых находились 300 пациентов. Клифф верно учуял 25 из 30 инфицированных *C. difficile* больных, а также 265 из 270 неинфицированных пациентов, представлявших контрольную группу. Исследователи отмечают, что собака оказалась эффективным и быстрым «инструментом диагностики», в то время как обычный микробиологический анализ на присутствие *C. difficile* занимает несколько дней. Ранее группа немецких ученых подтвердила способность собак «вынюхивать» рак легких. Псы смогли определить наличие злокачественной опухоли у 71% пациентов. Также известны случаи, когда собаки по запаху выявляли рак груди, кишечника и простаты.



Для чего перепрограммировать сердечные клетки?

Американские ученые из Кардиологического института медицинского центра Седарс-Синэй (Лос-Анджелес) под руководством молекулярного генетика Хэ Чеол Чо при помощи всего одного гена перепрограммировали обычные клетки сердца в клетки, генерирующие электрические импульсы. Клетки, генерирующие электрические импульсы и определяющие частоту сердечных сокращений (Р-клетки), располагаются в одном из

участков правого предсердия — синусно-предсердном узле. Из более чем 5 млрд клеток сердца только 10 тыс. составляют Р-клетки, неправильная работа которых приводит к нарушениям сердечбиения. В случае возникновения риска внезапной сердечной смерти по причине жизнеугрожающих аритмий, пациентам с такими симптомами имплантируют электрокардиостимуляторы. Хэ Чеол Чо и его коллеги разработали методику, позволяющую перепрограммировать обычные кардиомиоциты в Р-клетки при помощи гена Tbx18. Этот ген влияет на дифференцировку и развитие клеток синусно-предсердного узла у эмбриона. Эксперименты по созданию Р-клеток из кардиомиоцитов были успешно проведены сначала с использованием культуры ткани, а затем — на морских свинках. Перепрограммированные клетки по своим свойствам и строению оказались близки к природным Р-клеткам. И, подобно им, обладали способностью генерировать электрические импульсы.

Авторы работы в течение десяти лет трудились над созданием технологии, позволяющей получить Р-клетки из кардиомиоцитов. По их словам, ранее все попытки нескольких лабораторий в США и других странах создания клеток-водителей ритма завершались неудачно. Перепрограммированные клетки по строению и функциям оставались похожими на «обычные» кардиомиоциты. Ученые надеются, что в дальнейшем полученные результаты подтвердятся и в ходе испытаний с участием добровольцев. Если будет доказана эффективность и безопасность этой методики, то в качестве терапии вместо имплантации искусственных водителей ритма пациентам можно будет пересаживать их собственные перепрограммированные клетки. В качестве альтернативного варианта терапии исследователи рассматривают инъекции гена Tbx18 в сердечную мышцу пациента.



Полимерная пена для остановки кровотечений

Американские ученые создали полимерную пену, предназначенную для остановки внутренних кровотечений. Разработку, успешно прошедшую доклинические испытания, профинансировало одно из военных ведомств США, заинтересованное в создании методики повышения выживаемости солдат, у которых в результате травмы на поле боя открылось внутреннее кровотечение в абдоминальной полости. Пену образуют два жидких полимера, которые в результате взаимодействия расширяются и застывают, — это происходит после введения полимеров в брюшную полость. Она оказывает компрессионное действие на рану и останавливает кровотечение на 1–3 часа. После того как пациент будет доставлен в больницу, пена легко удаляется хирургическим путем.

По материалам информационных агентств

Портал российского врача

www.medvestnik.ru

Оперативная информация обо всем самом важном в здравоохранении и медицине

➔ Горячие новости ➔ Комментарии экспертов ➔ Статьи ведущих специалистов, посвященные диагностике, лечению и профилактике заболеваний ➔ Фоторепортажи ➔ Документы ➔ Анонсы предстоящих событий ➔ Архив и лучшие материалы газеты «Медицинский вестник»

По вопросам размещения баннерной рекламы на сайте www.medvestnik.ru обращайтесь по телефонам отдела рекламы:

(495) 786-25-57, mv@bionika.ru

Реклама