

**В. В. СКВОРЦОВ, А. В. ТУМАРЕНКО**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

Краткий курс

Санкт-Петербург  
СпецЛит  
2015

УДК 616.33-002.44-006.6 (07)  
С42

Составители:

*Скворцов Всеволод Владимирович* — доктор медицинских наук,  
доцент, врач-терапевт высшей категории;

*Тумаренко Александр Владимирович* — кандидат медицинских  
наук, ассистент, врач-терапевт первой категории

**Скворцов В. В., Тумаренко А. В.**

С42 Клиническая гастроэнтерология : краткий курс / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. — 183 с. ISBN 978-5-299-00623-0

В книге освещены основные вопросы этиологии, патогенеза, семиотики, диагностики, принципы лечения и профилактики часто встречающихся заболеваний желудочно-кишечного тракта, даются ситуационные задачи и тестовые задания для улучшения усвоения материала.

Издание адресовано врачам-интернам, клиническим ординаторам, терапевтам, гастроэнтерологам, врачам общей практики.

УДК 616.33-002.44-006.6 (07)

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения . . . . .	5
Предисловие . . . . .	8
<b>Глава 1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь . .</b>	<b>10</b>
1.1. Этиология и патогенез . . . . .	10
1.2. Симптоматология . . . . .	11
1.3. Диагностика . . . . .	12
1.4. Осложнения . . . . .	13
1.5. Лечение . . . . .	14
<b>Глава 2. Хронические гастриты . . . . .</b>	<b>19</b>
2.1. Этиология и патогенез . . . . .	27
2.2. Симптоматология . . . . .	28
2.3. Диагностика . . . . .	30
2.4. Лечение . . . . .	33
<b>Глава 3. Язвенная болезнь . . . . .</b>	<b>44</b>
3.1. Этиология и патогенез . . . . .	46
3.2. Симптоматология . . . . .	51
3.3. Диагностика . . . . .	53
3.4. Течение и осложнения . . . . .	57
3.5. Лечение . . . . .	60
<b>Глава 4. Хронический холецистит . . . . .</b>	<b>74</b>
4.1. Этиология и патогенез . . . . .	75
4.2. Симптоматология . . . . .	75
4.3. Лечение . . . . .	77
<b>Глава 5. Хронические панкреатиты . . . . .</b>	<b>78</b>
5.1. Этиология и патогенез . . . . .	82
5.2. Симптоматология . . . . .	83
5.3. Диагностика . . . . .	86
5.4. Лечение . . . . .	89
<b>Глава 6. Хронические вирусные гепатиты . . . . .</b>	<b>98</b>
6.1. Симптоматология . . . . .	98
6.2. Лечение . . . . .	103

<b>Глава 7. Цирроз печени</b> . . . . .	113
7.1. Этиология и патогенез . . . . .	114
7.2. Симптоматология . . . . .	115
7.3. Лечение . . . . .	118
<b>Глава 8. Дисбиоз кишечника</b> . . . . .	122
8.1. Этиология и патогенез . . . . .	123
8.2. Диагностика . . . . .	124
8.3. Лечение . . . . .	125
<b>Глава 9. Диарея, ассоциированная с применением антибиотиков</b> . . . . .	128
9.1. Этиология и патогенез . . . . .	128
9.2. Симптоматология . . . . .	129
9.3. Диагностика . . . . .	129
9.4. Лечение . . . . .	130
<b>Глава 10. Рак желудка</b> . . . . .	133
10.1. Этиология и патогенез . . . . .	133
10.2. Симптоматология . . . . .	135
10.3. Диагностика . . . . .	137
10.4. Лечение . . . . .	140
Тестовые задания . . . . .	142
Ответы к тестам . . . . .	168
Ситуационные задачи . . . . .	169
Ответы к ситуационным задачам . . . . .	174
Литература . . . . .	177

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ААД	—	антибиотик-ассоциированная диарея
АД	—	артериальное давление
АКТГ	—	адренокортикотропный гормон
АЛТ, АлаТ	—	аланинаминотрансфераза
АМФ	—	аденозинмонофосфат
АСТ, АсАТ	—	аспартатаминотрансфераза
АТФазы	—	аденозинтрифосфатазы
БКП	—	базальная кислотная продукция
ВГС	—	вирусный гепатит С
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВЛОК	—	внутривенное лазерное облучение крови
ВОЗ	—	Всемирная организация здравоохранения
ГБО	—	гипербарическая оксигенация
ГПОД	—	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ГСО	—	гипертония сфинктера Одди
ГХ	—	газовая хроматография
ГЭРБ	—	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДГР	—	дуодено-гастральный рефлюкс
ДМВ	—	дециметровые волны
ДНК	—	дезоксирибонуклеиновая кислота
ДПК	—	двенадцатиперстная кишка
ЕД	—	единица действия
ЖВП	—	желчевыводящие пути
ЖК	—	желчные кислоты
ЖКБ	—	желчнокаменная болезнь
ЖКТ	—	желудочно-кишечный тракт
ЖП	—	желчный пузырь
ИБС	—	ишемическая болезнь сердца
ИЛ-2	—	интерлейкин-2
ИПП	—	ингибиторы протонной помпы
ИФН	—	интерфероны
КТ	—	компьютерная томография
ЛДГ	—	лактатдегидрогеназа
ЛС	—	лекарственные средства
ЛТ	—	лазерная терапия
МЕ	—	международная единица измерения
МРТ	—	магнитно-резонансная томография
МС	—	масс-спектрометрия

- НПВС — нестероидные противовоспалительные средства
- НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты
- НПС — нижний пищеводный сфинктер
- НЯК — неспецифический язвенный колит
- ОП — острый панкреатит
- ОРИТ — отделение реанимации и интенсивной терапии
- ОЦК — объем циркулирующей крови
- ПГ — портальная гипертензия
- ПЭГ — полиэтиленгликоль
- ПЖ — поджелудочная железа
- ПКН — печеночно-клеточная недостаточность
- ПМК — псевдомембранозный колит
- ПЦР — полимеразная цепная реакция
- РНК — рибонуклеиновая кислота
- РС — ректороманоскопия
- РЭ — рефлюкс-эзофагит
- РЭС — ретикулоэндотелиальная система
- СКН — синдром кишечной недостаточности
- СКП — сублимированная кислотная продукция
- СМТ — синусоидальные модулированные токи
- СНТ — синдром недостаточности всасывания
- СО — сфинктер Одди
- СОЭ — скорость оседания эритроцитов
- СПВ — селективная проксимальная ваготомия
- СРК — синдром раздраженной кишки
- УВЧ — ультравысокая частота
- УЗ — ультразвук
- УЗИ — ультразвуковое исследование
- УЗТ — ультразвуковая терапия
- УПМ — условно-патогенная микрофлора
- УФ — ультрафиолет
- ФГДС — фиброгастродуоденоскопия
- ФГС — фиброгастроскопия
- ФРЖ — функциональное расстройство желудка
- ФЭГДС — фиброэзофагогастродуоденоскопия
- ХАГ — хронический активный гепатит
- ХВГ — хронический вирусный гепатит
- ХГ — хронический гастрит
- ХНХ — хронический некалькулезный холецистит
- ХП — хронический панкреатит
- ХХ — хронический холецистит
- цАМФ — циклический аденозинмонофосфат
- ЦНС — центральная нервная система
- ЦП — цирроз печени
- ЦП — цветной показатель
- ЧСС — частота сердечных сокращений

- ЩФ – щелочная фосфатаза  
 ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия  
 ЭКГ – электрокардиограмма (-графия)  
 ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреато-  
 графия  
 ЯБ – язвенная болезнь  
 ЯБДК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки  
 ЯБЖ – язвенная болезнь желудка
- APRICOT – AIDS Pegasys Ribavirin International Co-infection Trial  
 AUC – Area Under the Curve  
 C<sub>max</sub> – максимальная концентрация  
 CagA – cytotoxin-associated gene A  
 CLO-тест – campylobacter-like organism test  
 DNA – deoxyribonucleic acid  
 FDA – Food and Drug Administration  
 Hb – гемоглобин  
 HBeAb, anti-HBe – hepatitis B e-Antibody  
 HBeAg – антиген инфекционности гепатита В  
 HBsAg – поверхностный антиген вируса гепатита В  
 HBV – hepatitis B virus  
 HCV – hepatitis C virus  
 HLA – Human Leucocyte Antigens  
 HP – *Helicobacter pylori*  
 IgA – immunoglobulins A  
 IgG – immunoglobulins G  
 IgM – immunoglobulins M  
 NK – natural killers  
 PEG – polyethylene glycol  
 PgE2 – prostaglandin E2  
 PNA – peptide nucleic acids  
 RNA – ribonucleic acid  
 T<sub>1/2</sub> – период полувыведения  
 TTV – transfusion transmitted virus  
 VacA – vacuolating cytotoxin A  
 YMDD – tyrosine-methionine-aspartate-aspartate

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблема гастроэнтерологических заболеваний приобретает в мире все большее значение. Так, даже неврачам широко известны опасности и осложнения язвенной болезни, нередко приводящие больных к инвалидизации, а в некоторых случаях и к смерти. Это, в частности, перфорация с перитонитом, желудочное кровотечение.

Количество больных, страдающих заболеваниями пищеварительного тракта, растет и будет расти, и это обусловлено множеством причин. Среди них — высокий темп жизни современного общества, стрессы, вызывающие гиперсекрецию, невозможность регулярно есть горячую пищу, питание фастфудом, длительные паузы в питании, еда всухомятку, избыточное употребление алкоголя и т. д. Большой проблемой остаются гастриты и диспепсические расстройства, особенно толстой кишки, с завидным постоянством преследующие офисных работников, работников умственного труда.

Гастроэнтерологические заболевания могут проявляться поражением пищевода, желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника. В связи с этим обоснованным является структурирование материала согласно расположению органов пищеварения, а именно сверху вниз, от ротовой полости к толстой кишке. Именно данный принцип, простой и логичный, положен в основу создания этой книги.

В целом гастроэнтерологические заболевания отличаются от остальных болезней преобладанием болевого синдрома, нарушением пассажа пищевого химуса, влиянием на общее состояние больного через развитие синдромов мальабсорбции (сниженного всасывания) и мальдигестии (нарушенного переваривания пищи). В связи с этим заболевания органов пищеварения, несмотря на кажущуюся «локальность», «местность», обычно поражают организм как целое, затрагивая одновременно большинство его органов и систем.

На ранних стадиях многие гастроэнтерологические заболевания не имеют патогномичных (специфичных) признаков. Так, довольно трудно дифференцировать начальные проявления гастрита, язвенной болезни и дискинезии желчевыводящих путей.

Диагностика в гастроэнтерологии на сегодняшний день в большей степени зависит не сугубо от установления совокупности симптомов,



а от исследования морфологического материала, взятого либо путем эндоскопии (фиброгастроскопия, фиброколоноскопия), либо путем прямой пункции соответствующего органа (например, печени).

Согласно требованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), именно гистологическое подтверждение имеет ведущее значение в установлении гастроэнтерологического диагноза. Даже характерный клинический синдром или их совокупность без подтверждения биопсией, гистологией не дают врачу уверенности в диагнозе.

Обследование гастроэнтерологического пациента на современном этапе обязательно включает в себя проведение УЗИ (ультразвукового исследования), фиброгастроскопии и иных методов эндоскопии, инновационных лабораторных тестов (антитела к хеликобактер пилори, концентрация гастрина, секретина и др.).

Повышение возможностей визуализирующих методов (УЗИ с доплеровской приставкой, УЗИ сосудов брыжейки, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (МРТ)) сейчас обеспечивает точную верификацию гастроэнтерологической патологии.

Данная книга задумана преимущественно как краткое руководство для врачей-интернов, клинических ординаторов, терапевтов, врачей общей практики, поэтому основное внимание уделено не всем, но часто встречающимся заболеваниям органов пищеварения. В относительно сжатом виде приведены особенности их этиологии и патогенеза, более подробно охарактеризованы диагностические и лечебные подходы.

Главная задача книги — сформировать у врача четкие представления о диагностике и лечении ведущих, широко известных гастроэнтерологических заболеваний. Эти представления необходимы не только гастроэнтерологам, но и терапевтам, и врачам других специальностей, часто сталкивающимся с поражениями органов пищеварительного тракта.

Настоящая книга — результат труда опытных врачей высшей категории, преподавателей с ученой степенью, в течение более чем 20 лет занимающихся ежедневным ведением и консультированием пациентов с гастроэнтерологической патологией. Авторы объединили свои усилия для улучшения методических подходов к диагностике и лечению заболеваний органов пищеварения.

Издание будет полезно широкому кругу читателей. Многочисленные тестовые задания, ситуационные задачи позволят лучше ориентироваться в практической работе, ежедневном ведении гастроэнтерологических больных.

## Глава 1

### ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

В настоящее время под гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) понимают симптомокомплекс, возникающий в результате заброса содержимого желудка в пищевод вне зависимости от того, возникают при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет. В первом случае говорят об эндоскопически позитивной ГЭРБ (или рефлюкс-эзофагите — РЭ), во втором — об эндоскопически негативной ГЭРБ.

#### 1.1. Этиология и патогенез

Первичным является нарушение моторики пищевода и желудка, потеря функции антирефлюксного барьера, которая возникает вследствие снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), увеличения числа его спонтанных расслаблений, структурных изменений, например, при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Важную роль играет также снижение химического (вследствие уменьшения нейтрализующего действия слюны и бикарбонатов пищеводной слизи) и объемного (в результате угнетения вторичной перистальтики и ослабления тонуса грудного отдела пищевода) эзофагеального клиренса, т. е. способности пищевода нейтрализовывать и удалять обратно в желудок попавшее в него кислое желудочное содержимое. Другими патогенетическими факторами ГЭРБ являются агрессивные свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, нарушение опорожнения желудка, повышение внутрибрюшного давления.

Определенную этиологическую роль играют вынужденное наклонное положение тела, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, прием лекарств, снижающих тонус гладких мышц (нитратов, антагонистов кальция, эуфиллина, холинолитиков), некоторые заболевания (например, системная склеродермия) и физиологические состояния (беременность).

В последние годы обсуждается вопрос о возможной роли *Helicobacter pylori* (HP) в патогенезе ГЭРБ. Имеются сообщения о том,

что эрадикация *НР* у больных язвенной болезнью приводит к существенному возрастанию у них частоты сопутствующей ГЭРБ. Другие авторы, анализируя эти публикации, пришли к выводу, что указанные заключения объясняются недооценкой сопутствующих изменений пищевода, имевшихся к моменту эрадикации. Во всяком случае, в настоящее время нет данных, которые позволяли бы однозначно говорить о защитной роли *НР* в развитии ГЭРБ.

Периодически возникающая изжога — ведущий симптом ГЭРБ — встречается у 20—40 % всего населения. При беременности этот симптом встречается у 46 % женщин. Что касается РЭ, то это заболевание обнаруживается у 3—4 % всего населения и у 6—12 % лиц, подвергшихся эндоскопическому исследованию верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

## 1.2. Симптоматология

Наиболее характерным симптомом ГЭРБ является изжога (*pyrosis*). Под ней обычно понимают своеобразное чувство жжения или тепла различной интенсивности, возникающее за грудиной (в нижней ее трети) и/или в подложечной области, которое встречается более чем у 80 % больных и возникает вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Изжога усиливается при погрешностях в диете, при приеме алкоголя и газированных напитков, при физическом напряжении и наклонах туловища, а также в горизонтальном положении. Другими частыми симптомами ГЭРБ служат отрыжка и срыгивание.

Также характерным симптомом ГЭРБ являются боли в эпигастральной области или области мечевидного отростка, возникающие вскоре после еды и усиливающиеся при наклонах туловища.

У 20 % больных ГЭРБ отмечается дисфагия. Под дисфагией понимают расстройство глотания, нарушение движения пищевого комка по глотке и пищеводу, а также неприятные ощущения, обусловленные задержкой пищи в этих органах. Дисфагия чаще всего носит перемежающийся характер и возникает на ранних стадиях заболевания, как правило вследствие гипермоторной дискинезии пищевода. Появление стойкой дисфагии, сопровождающееся одновременным уменьшением изжоги, может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

К внепищеводным симптомам ГЭРБ относятся боли в грудной клетке, напоминающие иногда приступы стенокардии, упорный ка-

шель, дисфония. Эпизоды гастроэзофагеального рефлюкса способны провоцировать также возникновение различных нарушений сердечного ритма (экстрасистолию, преходящую блокаду ножек пучка Гиса и др.). В результате гастроэзофагеального рефлюкса могут возникать повторные пневмонии и хронический гастрит, ларингит, фарингит, разрушение зубов.

### 1.3. Диагностика

Типичные клинические проявления ГЭРБ возможны и при отсутствии рефлюкс-эзофагита, но при грамотном расспросе пациента они без труда могут быть выявлены.

«Золотым стандартом» диагностики ГЭРБ остается фиброгастроскопия (ФГС), позволяющая выявить ранние стадии ГЭРБ. При этом у больных с эндоскопически позитивной ГЭРБ при эндоскопии часто выявляются гиперемия и отек слизистой оболочки пищевода (при катаральном РЭ), эрозивные и язвенные дефекты (при эрозивном РЭ). При эндоскопически негативной ГЭРБ эндоскопические признаки РЭ отсутствуют. При подозрении на опухолевое поражение может быть проведена эндоскопическая ультрасонография, позволяющая оценить состояние подслизистого слоя пищевода и регионарных лимфатических узлов.

При гистологическом исследовании можно обнаружить метаплазию плоского неороговевающего эпителия пищевода с появлением на его месте цилиндрического эпителия. Если при этом выявляется цилиндрический эпителий кардиального или фундального отделов желудка, то риск развития аденокарциномы пищевода невелик. Однако если метаплазия приводит к появлению тонкокишечного цилиндрического эпителия, то риск последующего возникновения аденокарциномы пищевода значительно возрастает.

Манометрия позволяет изучить состояние двигательной функции пищевода и его сфинктеров. При ГЭРБ в процессе манометрического исследования отмечается снижение тонууса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), могут выявляться грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, увеличение числа эпизодов транзиторных расслаблений НПС, снижение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода.

Ценным методом диагностики ГЭРБ является суточное мониторирование рН в пищеводе, при котором определяются следующие показатели: общее число рефлюксов (в норме не больше 50 в течение суток), число рефлюксов продолжительностью более 5 мин,

наибольшая продолжительность рефлюкса, общее время снижения рН в пищеводе ниже 4 (в норме не более 1 ч в течение суток). Данные исследования позволяют адекватно оценить частоту и продолжительность забросов содержимого желудка в пищевод в течение всех суток. При этом, как выяснилось, выраженность основных клинических симптомов ГЭРБ может не соответствовать степени тяжести эзофагита по данным эндоскопического исследования, но хорошо коррелирует с показателями суточного мониторинга рН. Этот метод помогает в дифференциальной диагностике болей в грудной клетке, нарушений сердечного ритма, а также состояний, протекающих с упорным кашлем.

Рентгенологическое исследование целесообразно проводить на более поздних стадиях ГЭРБ. Исследование верхних отделов пищеварительного тракта проводится в условиях гипотонии и позволяет получить информацию о состоянии этих отделов, в частности, при установлении природы стриктуры пищевода. Введение больным бускопана перед рентгенологическим исследованием в определенной степени позволяет провести дифференциальную диагностику между доброкачественным и злокачественным сужением пищевода: расслабление стенки пищевода в месте сужения с большей вероятностью свидетельствует о доброкачественном характере сужения. Кроме того, рентгенологическое исследование помогает выявить сопутствующие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, а также позволяет обнаружить наличие гастроэзофагеального рефлюкса.

В диагностике ГЭРБ также могут применяться такие методы исследования, как билиметрия, способная идентифицировать рефлюкс желчи, сцинтиграфия с введением  $^{99}\text{Tc}$  в желудок и подсчетом изотопной метки в области пищевода, дающая возможность уточнить нарушения его двигательной функции. В амбулаторных условиях может быть проведен так называемый омегапразоловый тест, суть которого заключается в том, что выраженность клинических симптомов ГЭРБ значительно уменьшается в течение первых 3–5 дней ежедневного приема 40 мг омегапразола. Если этого не происходит, то имеющиеся у больного симптомы обусловлены, вероятнее всего, другими заболеваниями.

#### **1.4. Осложнения**

При возникновении и прогрессировании пептической стриктуры пищевода у больных часто появляются боли за грудиной и в подложечной области. Больные с доброкачественной пептической стрик-

турой пищевода долго не теряют вес, в отличие от больных со злокачественным сужением пищевода.

При пищеводном кровотечении наблюдается внезапная слабость, бледность кожных покровов, снижение артериального давления (АД), нитевидный пульс, рвота «кофейной гущей» с прожилками алой крови. После купирования кровотечения необходимо проводить профилактику его рецидивов.

Синдром Барретта (пищевод Барретта) — это наличие желудочной метаплазии слизистой оболочки пищевода на 2,5 см проксимальнее кардии (желудочно-пищеводного соединения). Синдром Барретта относится к предраковым заболеваниям, поскольку риск развития аденокарциномы у таких пациентов, по данным разных исследователей, возрастает в 30—125 раз. Данное осложнение развивается у 10—15 % больных эрозивным РЭ.

## 1.5. Лечение

Основными целями лечения являются предотвращение рефлюкса, уменьшение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищевого клиренса, устранение диффузных и очаговых патологических поражений слизистой оболочки пищевода и повышение его защитных свойств.

Изменение образа жизни (*lifestyle modification*) полностью сохраняет свою значимость в лечении больных ГЭРБ. Пациенты должны прекратить курение, употребление спиртных и газированных напитков. Необходимо отказаться от приема острой, очень горячей или очень холодной пищи, употребления кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также лука, чеснока, перца, жиров, шоколада. Больным необходимо избегать переедания. Последний прием пищи должен быть не позднее чем за 3 ч до сна. При наличии ожирения необходимо стремиться к нормализации веса.

Нежелательным является прием препаратов, снижающих тонус нижнего пищевого сфинктера (теофиллина, прогестерона, антидепрессантов, нитратов, антагонистов кальция), а также оказывающих неблагоприятное действие на слизистую оболочку пищевода (нестероидных противовоспалительных средств, доксицилина, хинидина).

Вероятность возникновения гастроэзофагеального рефлюкса уменьшается при подъеме головного конца кровати на 15—20 см. Больным необходимо воздерживаться от физических упражнений, связанных с наклонами туловища, избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, отказаться от ношения тугих поясов и ремней.

Медикаментозное лечение включает в себя применение четырех основных групп препаратов.

Антациды (фосфалюгель, маалокс, гастрал, алмагель, алмагель-нео и др.) и алгинаты (топалкан, гавискон) назначают в симптоматических целях. Действие антацидов направлено на химическую нейтрализацию соляной кислоты, уже выделенной обкладочными клетками слизистой оболочки желудка. Существенное достоинство антацидов — быстрота их действия, поэтому эти препараты следует рассматривать как средство неотложной помощи. Недостаток антацидов — кратковременность их действия (1,5–2,5 ч) и сложность применения (4–5 раз в день через 30 мин после еды или за 30 мин до еды). Использование одних антацидных препаратов дает кратковременный субъективный эффект, и заболевание продолжает прогрессировать.

С учетом важной роли нарушений моторики пищевода и желудка в патогенезе ГЭРБ существенное место в лечении таких пациентов занимают прокинетики — препараты, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта. Прокинетики повышают давление НПС, улучшают пищеводный клиренс и опорожнение желудка. Вместо широко применявшегося прежде блокатора дофаминергических рецепторов метоклопрамида, обладающего серьезными центральными побочными эффектами, в настоящее время используют домперидон (в дозе 10 мг 4 раза в сутки), который является периферическим блокатором дофаминергических рецепторов, лишенным центральных побочных эффектов.

Анализ работ, посвященных изучению корреляции между уровнем внутрипищеводного рН и эпителизацией эрозий слизистой оболочки пищевода, показал, что заживление эрозивных поражений у большинства больных происходит в тех случаях, когда удается поддержать уровень внутрипищеводного рН > 4 на протяжении не менее 20–22 ч. Это оправдывает применение в лечении больных ГЭРБ антисекреторных препаратов.

H<sub>2</sub>-блокаторы (ранитидин, фамотидин) назначают в основном при катаральных формах ГЭРБ. При лечении пациентов с эрозивными формами заболевания они оказываются недостаточно эффективными даже при приеме удвоенных доз (600 мг ранитидина и 80 мг фамотидина в сутки) и потому уступили место блокаторам протонной помпы, являющимся в настоящее время наиболее сильными антисекреторными средствами. Назначаемые, как правило, также в удвоенных разовых дозах (омепразол 40 мг, лансопризол 60 мг), они позволяют достичь заживления эрозий пищевода у 85–90 % больных, в том числе и резистентных к H<sub>2</sub>-блокаторам.

**Скворцов** Всеволод Владимирович  
**Тумаренко** Александр Владимирович

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

**Краткий курс**

Редактор *Жукова В. В.*  
Корректор *Терентьева А. Н.*  
Верстка *Тархановой А. П.*

Подписано в печать 7.09.2015 г. Формат 60 × 88<sup>1</sup>/16.  
Печ. л. 11,5. Тираж 3000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“»  
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,  
тел./факс: (812) 495-36-09; 495-36-12  
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»  
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н.

978-5-299-00623-0



9 785299 006230