

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Кіреєв І.В.¹, Рябова О.О.¹, Кашута В.Є.¹,
Бакуменко М.Г.², Кубата С.Г.², Шевченко Н.О.²

¹Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

²КЗОЗ «Харківська міська студентська лікарня», м Харків, Україна

На сьогоднішній день гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є однією з актуальних проблем в гастроентерології. Це обумовлено розповсюдженістю даного захворювання, несвоєчасною діагностикою та лікуванням, що призводить до зниження якості життя, працездатності та розвитку ряду ускладнень, таких як стриктури стравоходу, кровотечі із виразок стравоходу, стравохід Барретта тощо. Епідеміологічні дослідження свідчать, що серед дорослого населення Європи і США печія – кардинальний симптом ГЕРХ – зустрічається у 20 - 40 %. Печію щодня відчують 10 % населення, щотижня – 30 %, щомісячно – 50 %, проте тільки 2 % пацієнтів лікуються з приводу ГЕРХ. В Україні на ГЕРХ страждає 10-15% дорослого населення.

ГЕРХ – це хронічне рецидивуюче захворювання, зумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції гастроєзофагеальної зони, що характеризується спонтанними або регулярно повторюваними закидами у стравохід шлункового або дуоденального вмісту, що призводить до ушкодження дистального відділу стравоходу з розвитком у ньому ерозивно-виразкових, катаральних і/або функціональних порушень.

На теперішній час не існує «золотого стандарту» в діагностиці ГЕРХ, що представляє клінічну проблему для своєчасного призначення лікування пацієнтам з рефлюкс-симптоматикою. Важливе значення у встановленні діагнозу ГЕРХ має правильно зібраний анамнез, що дає можливість виявити класичні симптоми, але ці симптоми не можуть надійно діагностувати ускладнення ГЕРХ. Позитивна відповідь на короткий курс лікування інгібіторами протонної помпи (ІПП) зазвичай вважається підтвердженням діагнозу ГЕРХ, але за даними проведеного мета-аналізу діагностичний тест з ІПП має чутливість 78 %, специфічність 54 %. Ендоскопія є основним методом оцінки стану слизової оболонки стравоходу. За даними останніх досліджень було встановлено, що поєднання кількох діагностичних методів (омепразоловий тест, рН-моніторинг та ендоскопія) може збільшити чутливість діагностики ГЕРХ (близько до 100 %).

На сьогоднішній день лікування ГЕРХ включає немедикаментозну та медикаментозну терапію. До немедикаментозного лікування належить модифікація способу життя, спрямована на усунення факторів, що можуть викликати рефлюкс.

Метою нашого дослідження є вивчення сучасних стандартів надання

медикаментозної терапії хворим на ГЕРХ.

Сучасна фармакотерапія ГЕРХ включає застосування таких груп препаратів, як ІПП, антагоністи H₂-рецепторів гістаміну, антацидні засоби, стимулятори перистальтики.

Антациди (алюмінію гідрооксид + магнію гідроксид, гідрооксид або гідрокарбонат магнію) показані в якості ініціальної терапії ГЕРХ. Антациди та комбіновані антациди/альгірати продемонстрували більшу ефективність у порівнянні з плацебо в зменшенні щоденних симптомів ГЕРХ.

Антагоністи H₂-рецепторів гістаміну (ранітидин, фамотидин) в стандартних дозах за ефективністю перевищили плацебо стосовно полегшення печії у хворих з ГЕРХ у 60 % випадків. Застосування високих доз і більш частий режим прийому антагоністів H₂-рецепторів гістаміну виявилися ефективнішим при лікуванні симптомів рефлюксу і загоєнні езофагіту.

Згідно сучасним стандартам найбільш ефективними препаратами лікування хворих на ГЕРХ є ІПП: омепразол, лансопразол, декслансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол. Вибір дози та тривалість лікування залежать від варіанту перебігу ГЕРХ та ступеню ураження стравоходу. Якщо немає видимих ушкоджень слизової оболонки стравоходу або діагностується рефлюкс-езофагіт ступеню А, В тривалість основного курсу лікування становить від 4 до 8 тижнів; при ерозивному рефлюкс-езофагіті ступеню С, D – курс лікування не менше 8 тижнів; при відсутності у пацієнта відповіді на лікування призначають подвійні дози ІПП, курс лікування – 8 – 12 тижнів.

За наявності порушень моторики гастродуоденальної зони рекомендовано призначення стимуляторів перистальтики (домперидон, мосаприд, ітіоприд) протягом 1-2 місяців. При наявності інфекції *H. pylori* у пацієнтів з ГЕРХ показана ерадикаційна антихелікобактерна терапія.

Після проведення основного курсу лікування рекомендована підтримуюча терапія. Метою підтримуючої терапії є стабільна відсутність симптоматики у пацієнтів без ендоскопічних ознак езофагіту. Підтримуюча терапія повинна проводитись мінімальною ефективною дозою ІПП або антагоністами H₂-рецепторів гістаміну, режим прийому ІПП або антагоністів H₂-рецепторів гістаміну від щоденного до прийому на вимогу (on-demand) або переривчастого прийому (через день).

Таким чином, проблема фармакотерапії ГЕРХ є актуальною на сьогоднішній день. Згідно сучасним стандартам надання медичної допомоги хворим на ГЕРХ рекомендовано застосування інгібіторів протонної помпи, антагоністів H₂-рецепторів гістаміну, антацидних засобів, стимуляторів перистальтики.