



Н. Б. Губергриц¹, Н. В. Беляева¹, О. В. Швець², А. Н. Агибалов³

¹ Донецкий национальный медицинский университет, Лиман

² ГП «Государственный научно-исследовательский центр по проблемам гигиены питания МЗ Украины», Киев

³ «ВитаЦентр», Запорожье

Значение модификации образа жизни в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и других кислотозависимых заболеваний: данные доказательной медицины и клиническое наблюдение

Природа больного есть врач его, а врач помогает природе.

Гиппократ

Описано собственное клиническое наблюдение супружеской пары со сходным комплексом кислотозависимых заболеваний: гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с эрозивно-язвенным эзофагитом в сочетании с диафрагмальной грыжей, эрозивно-язвенным поражением гастродуоденальной зоны и рубцово-язвенной деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки. Проанализировав данные доказательной медицины по модификации образа жизни и питания при кислотозависимых заболеваниях, авторы обосновали соответствующие рекомендации пациентам, назначили медикаментозное лечение и получили позитивные результаты.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, лечение, модификация образа жизни, ожирение, диафрагмальная грыжа.

Много сказано о необходимости модификации образа жизни при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [2, 4]. Большое внимание этому вопросу уделено и в рекомендациях по диагностике и лечению ГЭРБ Американского колледжа гастроэнтерологии (2013) [16], причем советы по модификации образа жизни и питания основаны на систематическом обзоре [15]. В данном обзоре проанализированы исследования влияния различных факторов на давление нижнего пищеводного сфинктера, внутрипищеводные показатели рН и симптомы ГЭРБ. Показано, что курение (12 исследований), потребление шоколада (2) и газированных напитков (2), положение лежа на правом боку (3) снижают давление нижнего пищеводного сфинктера, тогда как потребление алкоголя (16), кофе и кофеина (14), острой пищи (2),

цитрусовых (3) и жирной пищи (9) не оказывали существенного эффекта. Потребление алкоголя и курение в сочетании с приемом шоколада и жирной пищи увеличивали время кислой рН в просвете пищевода. Прекращение употребления алкоголя и курения (4 исследования) не приводило к повышению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, изменению рН пищевода или уменьшению выраженности симптомов ГЭРБ. Кроме того, до настоящего времени не проведены исследования, которые продемонстрировали бы клиническое улучшение, снижение риска осложнений ГЭРБ при прекращении употребления кофе, кофеина, шоколада, цитрусовых, газированных напитков, острой и жирной пищи или мяты. Недавно опубликован систематический обзор, авторы которого пришли к выводу о том, что нет достаточных доказательств того, что потребление газированных напитков провоцирует ГЭРБ [13].

© Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, О. В. Швець, О. М. Агибалов, 2017

Увеличение массы тела даже у пациентов с нормальным индексом массы тела (ИМТ) ассоциируется с первым появлением симптомов ГЭРБ [12]. В нескольких когортных исследованиях продемонстрировано уменьшение симптомов ГЭРБ при снижении массы тела [9, 17]. Показано, что некоторые варианты шунтирования по поводу ожирения эффективны в отношении уменьшения симптомов ГЭРБ [7]. В крупном исследовании типа «случай – контроль» установлено снижение частоты симптомов ГЭРБ на 40 % у женщин, у которых ИМТ снизился на 3,5 кг/м²

и более, по сравнению с контролем [12]. Ожирение является фактором риска не только ГЭРБ, но и пищевода Барретта [3].

Гипотеза об усугублении симптомов ГЭРБ в горизонтальном положении основана на закислении просвета пищевода. В 3 рандомизированных контролируемых исследованиях продемонстрировано уменьшение симптомов ГЭРБ и повышение рН в просвете пищевода при подъеме головного конца кровати [6, 10, 20].

Рекомендации относительно модификации образа жизни при ГЭРБ представлены в табл. 1.

Таблица 1. Эффективность модификации образа жизни при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (по P. O. Katz et al., 2013 [16])

Метод модификации	Влияние на параметры гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	Доказательные данные	Рекомендации
Снижение массы тела [9, 12, 17]	Уменьшение симптоматики и повышение внутрипищеводного рН	Исследования типа «случай – контроль»	Строго показано пациентам с индексом массы тела более 25 кг/м ² или при недавнем наборе веса
Подъем изголовья кровати [6, 10, 20]	Уменьшение симптоматики и повышение внутрипищеводного рН	Рандомизированные клинические исследования	Показан пациентам с ночными симптомами
Отказ от позднего вечернего приема пищи [8, 19]	Повышение рН в желудке ночью, но не влияние на симптомы	Исследования типа «случай – контроль»	Избегать вечернего приема пищи (особенно жирной)
Прекращение курения и употребления алкоголя [14, 21, 22]	Не влияет на симптоматику и пищеводный рН	Исследования типа «случай – контроль»	Для улучшения симптоматики не рекомендуется
Отказ от шоколада, кофеина, острой пищи, цитрусовых, газированных напитков	Доказательные исследования не проводили	Данных нет	Рутинно не рекомендуется. Может быть рекомендован отдельным пациентам, отмечающим явную связь симптомов с этими продуктами

Таблица 2. Предпочтительные и нежелательные продукты для больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (по M. Lomer, 2014 [5])

Группа продуктов	Рекомендуется	Следует ограничить
Молочные и кисломолочные продукты	С низким ($\leq 2,5\%$) содержанием жира и сахара	Цельное молоко, молочные десерты
Овощи	Все остальные	Жареные или индивидуально непереносимые
Фрукты	Груши, яблоки, бананы, персики, дыня, ягоды	Цитрусовые при их непереносимости
Хлеб и злаковые продукты	Цельнозерновой хлеб, цельные злаки	Хлеб и макаронные изделия из рафинированной муки, с высоким содержанием соли и сахара
Мясо и мясные продукты	Нежирные виды мяса	Колбаса, сосиски, сало
Рыба и рыбные продукты	Жирная морская рыба	Копченая, соленая, жареная
Сладости	С минимальным количеством жира	С высоким содержанием жиров и трансжиров
Жиры	Умеренное количество жира	Животный жир, трансжир

Данные о продуктах, прием которых предпочтителен и нежелателен при ГЭРБ, представлены в табл. 2.

Врачу и пациенту важно знать продукты, помогающие бороться с изжогой [5]:

- дыни, арбузы и бананы отличаются от большинства фруктов тем, что не содержат значительного количества кислоты. Бананы удобны в качестве перекуса. Все бахчевые культуры уменьшают проявления рефлюкса;
- овсяная каша прекрасно подходит в качестве завтрака, она хорошо утоляет голод, содержит большое количество пищевых волокон и не провоцирует рефлюкс;
- следует выбирать цельнозерновой хлеб. Выпечка из рафинированной муки бедна пищевыми волокнами и витаминами. Следует помнить, что хлеб содержит значительное количество соли;
- рис и кускус — хороший выбор гарнира для людей, страдающих желудочно-пищеводным рефлюксом; известно, что дикий рис богат пищевыми волокнами;
- зеленые овощи (брокколи, спаржа, зеленый горошек, сельдерей и цветная капуста) содержат мало кислоты;
- нежирная птица и мясо: чем ниже содержание жира, тем меньше вероятность появления изжоги; следует готовить птицу без кожи;
- картофель вместе с другими корнеплодами обычно не провоцирует изжогу;
- рыба, приготовленная на гриле, и тушеная предпочтительна. Желательно не жарить рыбу и не заправлять ее жирными соусами;
- яичный белок — отличный источник белка, содержит незначительное количество кислоты. Желток у части пациентов может провоцировать рефлюкс.

Что касается модификации питания при других кислотозависимых заболеваниях, в том числе при пептической язве желудка и/или двенадцатиперстной кишки, то следует учитывать, что пищевые продукты и блюда, содержащие вещества-стимуляторы секреции пищеварительных гормонов и ферментов, провоцируют усиление клинических проявлений таких заболеваний (повышение интенсивности абдоминальной боли, изжоги и др.).

Диета № 1 по М. И. Певзнеру (как и другие столы) в ее классическом изначальном варианте безнадежно устарела, так как не отвечает принципам доказательной медицины, не соответствует возможностям современной фармакотерапии, не учитывает исходное состояние питания пациента, подразумевает групповой, а не индивиду-

альный характер рекомендаций, основана на запретах, значительно снижает удовольствие от употребления пищи. На фоне приема ингибиторов протонной помпы (ИПП) нет необходимости в щажении гастродуоденальной слизистой с помощью диеты. Показано питание в соответствии с правилом «здоровой тарелки» [5]: достаточное по калорийности и сбалансированное. Оно должно включать: овощей и фруктов — по 300 г, цельных злаков — более 50 % от всех злаков, молочных и кисломолочных продуктов — более 500 мл в день, нежирную птицу и жирную морскую рыбу, минимум технологически обработанных продуктов, соли — меньше 5 г, сахара — 40 г и насыщенного жира — 25 г. В ряде случаев необходимо исключить продукты-триггеры, которые могут провоцировать усиление боли и обострение (рецидив) заболевания. К последним нередко относятся: продукты с высоким содержанием лактозы, цитрусовые, острая или жирная пища, газированные напитки и напитки с кофеином, сорбитол, ряд овощей, фруктов и бобовых, провоцирующих значительное газообразование (фасоль, лук, сельдерей, морковь, изюм, бананы, абрикосы, чернослив, брюссельская капуста) [18]. Согласно результатам мета-анализа, модификация питания может быть эффективна также при абдоминальной боли [11].

При обострении кислотозависимых заболеваний пациентам необходимо выполнять следующие рекомендации [5]:

- обязательно обращаться к своему врачу при рецидиве, самостоятельно не принимать решение по поводу приема лекарств;
- во время обострения ограничить употребление агрессивных продуктов — перца, шоколада, жирной и жареной пищи, томатов, мяты, цитрусовых (фруктов и напитков), кофеинсодержащих напитков и алкоголя;
- отказаться от приема индивидуально непереносимой пищи;
- есть необходимо медленно, тщательно пережевывая пищу;
- последний прием пищи должен быть не позднее чем за 2 ч до сна;
- прекратить курение;
- не принимать обезболивающих и противовоспалительных препаратов;
- четко соблюдать рекомендации по приему ИПП, препаратов, восстанавливающих целостность слизистой оболочки, и/или по комплексной терапии с целью эрадикации *Helicobacter pylori*.

Все, указанное выше, мы учитываем на практике. Но очень ярко роль особенностей образа

жизни и питания при ГЭРБ и пептической гастродуоденальной язве мы увидели на примере двух наших пациентов — мужа и жены, клиническая ситуация у которых вначале показалась нам не просто удивительной, а даже невероятной.

Клинический случай

Больной П., 64 года, и его жена, больная П., 63 года, обратились в клинику «Инто-Сана» (Одесса) в начале апреля 2017 г. со сходными жалобами. Их беспокоила изжога, усиливающаяся в горизонтальном положении, боли в верхней части живота, особенно в середине ночи. Боли и изжога купировались приемом молока, «Боржом», небольшого количества пищи (печенье). Жену дополнительно беспокоили чувство «кома» в горле, боли по ходу пищевода при проглатывании твердой и мягкой пищи (но не жидкости) с иррадиацией в спину и правую половину грудной клетки сзади. Оба пациента также жаловались на отрыжку съеденной пищей и воздухом.

Анамнез заболевания. Оба пациента отмечают появление изжоги с молодости. Оба в течение более 25 лет страдают пептической язвой дуоденальной локализации с частыми рецидивами (2–3 раза в год вне зависимости от времени года). Периодически при ухудшении состояния принимают ИПП, преимущественно пантопразол, «Гавискон», «Маалокс». Длительность приема составляет 10–14 дней. После улучшения состояния прием препаратов прекращают. Около 10–12 лет назад с помощью классического ¹³C-дыхательного теста у обоих пациентов была диагностирована инфекция *Helicobacter pylori*. Проведена эрадикационная терапия (какая именно, не помнят). Через 4 нед после окончания лечения повторно выполнен дыхательный тест, который подтвердил успешную эрадикацию. Ремиссия длилась 4–5 мес, после чего вновь наступило обострение. Пациенты ежегодно посещают семью своего сына, который в течение многих лет живет и работает в США (Бруклин, Нью-Йорк). Там же они обследуются и лечатся у русскоязычного врача. Последнее посещение врача в США состоялось в феврале 2017 г. (результаты обследования и назначения см. ниже). Пациенты относятся к назначениям невнимательно, выполняют их частично и непостоянно.

Анамнез жизни. Пациент П. страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин. Гликемию тщательно не контролирует, рекомендации эндокринолога по питанию старается выполнять. Четыре года назад ему выполнено стентирование коронарных артерий в связи со стенозирующим атеросклерозом (выписка не

предоставлена). Принимает «Аспирин Кардио». Курит до 1 пачки сигарет в день.

Пациентка П. не курит. Сахарным диабетом не страдает.

У обоих больных гипертоническая болезнь II степени, принимают ингибиторы рецепторов ангиотензина II.

В связи с наличием у пациента П. ожирения, сахарного диабета, артериальной гипертензии, гиперлипидемии (со слов больного) врач в США предполагает наличие метаболического синдрома.

Оба пациента длительно принимают аторвастатин.

Данные объективного исследования. Оба пациента имеют удовлетворительное общее состояние, повышенного питания. Индекс массы тела пациента П. — 36 кг/м², окружность талии — 110 см (ожирение 2 степени, абдоминальный тип), пациентки П. — 33 кг/м², окружность талии — 93 см (ожирение 1 степени, смешанный тип). Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык слегка покрыт у корня белым налетом, с отпечатками зубов по краям. Аускультативно в легких дыхание везикулярное (у мужа дыхание жесткое, единичные сухие хрипы). Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, систолический шум на аорте с проведением на сонные артерии (шум более отчетливый у мужа). Тахикардии нет. Артериальное давление у мужа 160/95 мм рт. ст., у жены — 150/90 мм рт. ст.

Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. У пациента П. пальпировать органы брюшной полости не представляется возможным из-за выраженной подкожно-жировой клетчатки. Печень перкуторно на 2,0–2,5 см ниже реберной дуги. У пациентки П. отрезки толстой кишки обычных свойств, чувствительны; умеренная болезненность в пилородуоденальной зоне и под мечевидным отростком; печень на 2 см ниже реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

У обоих пациентов периферических отеков нет.

Данные дополнительного обследования. Важно отметить, что пациенты сдавать кровь отказались, ссылаясь на то, что скоро летят в США, где им будет проведено тщательное обследование. Они предоставили результаты эндоскопии в США за февраль 2017 г. и согласились провести рентген-исследование для выявления диафрагмальной грыжи (грыжа у обоих была диагностирована эндоскопически, но они консультировались в г. Одессе у хирурга, который в связи с возможным оперативным лечением попросил провести соответствующее рентген-исследование).

Фиброгастродуоденоскопия пациентки П., февраль 2017 г. (США). Выводы: гастроэзофагальная рефлюксная болезнь с эзофагитом (К 21.0); диафрагмальная грыжа без обструкции или гангрены (К 44.9); язва пищевода без кровотечения (К 22.10); эрозивный гастрит без кровотечения (К 29.00); дуоденальные язвы без кровотечения и перфорации (К 26.3) – 3 (множественные (рис. 1)); подслизистое узловое образование в теле желудка (лейомиома?).

Гистология. Пищевод: отсутствуют признаки дисплазии и малигнизации, эозинофильного эзофагита; сквамозные изменения слизистой на фоне острого эрозивного эзофагита. Желудок: хронический минимальный неактивный гастрит; отсутствуют тонкокишечная метаплазия, дисплазия и малигнизация; лейомиома тела желудка; *H. pylori* при иммуногистохимическом исследовании не обнаружен. Двенадцатиперстная кишка: признаки целиакии не выявлены.

Заключение врача: ГЭРБ с эзофагитом. Язва пищевода без кровотечения. Диафрагмальная грыжа. Острый гастрит без кровотечения. Лейомиома тела желудка. Острые дуоденальные язвы без кровотечения.

Рекомендации (США):

- диета и антирефлюксный режим (даны объяснения устно и письменно);
- омепразол в дозе 40 мг ежедневно утром за 30 мин до еды;
- ранитидин в дозе 150 мг на ночь;
- повторная консультация через 4 нед;
- эндоскопия через 2 года.

Рентген-исследование пациентки П. 10.04.2017 г. (Одесса). Акт глотания не нарушен. Пищевод

свободно проходим, стенки его эластичны, складки в нижней трети умеренно утолщены. Кардия на высоте вдоха смыкается не полностью. В горизонтальном положении отмечается смещение кардиального отдела и части свода желудка в грудную полость. Грыжевое выпячивание размером 5,4 × 5,1 см, самостоятельно вправляется при переводе пациентки в вертикальное положение, определяется заброс желудочного содержимого в пищевод. Желудок удлиннен, смещаем. Рельеф слизистой представлен продольными, умеренно утолщенными складками, выражена зубчатость по большой кривизне. Перистальтика активная, прослеживается по обоим кривизнам. Выход из желудка свободен. Луковица двенадцатиперстной кишки раздражена, при тугом заполнении обычной формы, контуры ее четкие. Разворот двенадцатиперстной кишки обычный. Пассаж бариевой взвеси не нарушен. Заключение: аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2 степени. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит. Гастродуоденит.

Фиброгастродуоденоскопия пациента П., февраль 2017 г. (США). Выводы: эрозивный гастрит без кровотечения (К 29.00); множественные дуоденальные язвы без кровотечения и перфорации (К 26.3); дуоденит без кровотечения и перфорации (К 29.80); диафрагмальная грыжа без обструкции и гангрены (К 44.9); эзофагит степени С, подозрение на пищевод Барретта (К 21.0) (рис. 2).

Гистология. Пищевод: отсутствуют признаки дисплазии и малигнизации, эозинофильного эзофагита. Желудок: хронический минимальный неактивный гастрит; отсутствуют тонкокишечная метаплазия, дисплазия и малигнизация;

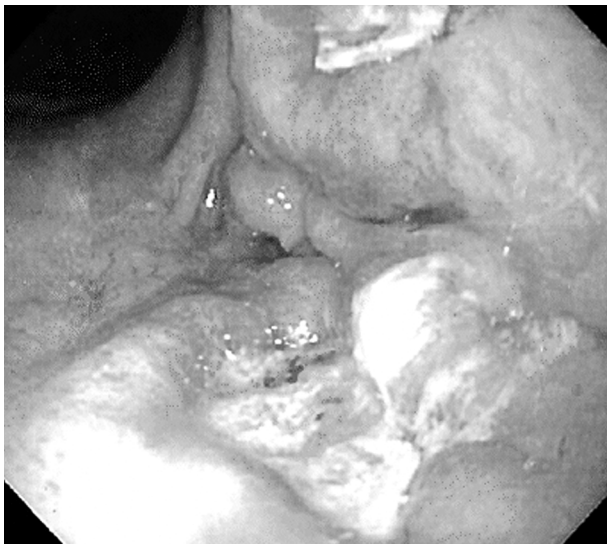


Рис. 1. Множественные дуоденальные язвы у пациентки П.



Рис. 2. Эзофагит степени С, подозрение на пищевод Барретта у пациента П.

H. pylori при иммуногистохимическом исследовании не обнаружен. Двенадцатиперстная кишка: признаки целиакии не выявлены.

Заключение врача: ГЭРБ с эзофагитом. Диафрагмальная грыжа. Острый гастрит без кровотечения. Дуоденит без кровотечения. Острые дуоденальные язвы без кровотечения.

Рекомендации (США):

- диета и антирефлюксный режим (даны объяснения устно и письменно);
- пантопразол в дозе 40 мг ежедневно утром за 30 мин до еды;
- явиться для повторной консультации через 3 нед;
- эндоскопия через 1 год;
- прекратить курение.

Рентген-исследование пациента П. 26.04.2017 г. (Одесса). Пищевод проходим. В положении Тренделенбурга определяется аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2 степени. Складки слизистой оболочки утолщены.

Желудок обычной формы и положения. Натощак в желудке небольшое количество слизи. Рельеф внутренней поверхности желудка грубый, складки слизистой утолщены, расположены хаотично. Перистальтика средней волны. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки представляется уплощенной в передне-заднем направлении (в анамнезе язвенная болезнь), повернута кзади, внелуковичная ее часть разворачивается в сагиттальной плоскости, рельеф не изменен. Смещаемость желудка удовлетворительная. Эвакуация контраста в процессе исследования не нарушена. Прилежащие петли тонкой кишки не изменены.

Заключение: скользящая аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2 степени, выраженные явления распространенного гастрита. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Подчеркиваем, что результаты исследований (эндоскопии), выполненные в США, переведены дословно.

Обоим пациентам в клинике «Инто-Сана» (Одесса) проведено доплеровское исследование брюшной аорты и ее ветвей. Гемодинамически значимых нарушений кровотока не выявлено.

Также проведено исследование уровня гастрин в крови. Показатели в норме.

Пациенты обратились в клинику «Инто-Сана» для получения рекомендаций в связи с усилением клинических проявлений, несмотря на медикаментозное лечение, назначенное в США (см. выше). Было очевидно, что при отсутствии инфекции *H. pylori* сходные жалобы и эндо-

скопические изменения у супругов связаны с особенностями образа жизни. При тщательном дополнительном расспросе было выяснено следующее:

- у семьи есть большой дачный участок, которым они десятки лет занимаются сами, в том числе выполняют тяжелую работу и работу в наклонном положении (прополка), несмотря на материальную возможность привлечь наемных работников; работа на даче — это хобби, приносящее удовлетворение и уверенность в качестве выращенных овощей и фруктов;
 - постоянно потребляют острую пищу, в частности любят корейские соленья, которые регулярно покупают на «Приводе»; еще одно хобби — много пробовать на рынке эти корейские соленья, что часто даже заменяет завтрак;
 - любят жирное, сладкое, печеное (несмотря на сахарный диабет у супруга);
 - много лет принимают пищу на ночь, после еды вскоре ложатся и смотрят телевизор;
 - в последнее время мало гуляют, но по-прежнему работают на даче;
 - выше указано, что пациент П. курит и принимает «Аспирин Кардио».

Мы рекомендовали пациентам:

- прекратить или значительно уменьшить объем работы на даче, привлечь наемных работников и контролировать качество их работы, стараясь не поднимать тяжести и не наклоняться;
- прекратить потреблять корейские и другие острые продукты и блюда; завтракать дома с употреблением нейтральных по вкусу традиционных блюд;
- значительно уменьшить употребление животных жиров, сладкого, печеного, особенно мужу;
 - не ложиться после еды;
 - не есть на ночь, принимать пищу за 2—3 ч до сна; после ужина гулять;
 - увеличить двигательную активность — не только больше гулять, но и плавать и др.;
 - спать с приподнятым головным концом кровати;
 - похудеть на 2—3 кг в месяц (всего постепенно на 10—15 кг);
 - пациенту П. прекратить курить и строго контролировать гликемию, наблюдаться у эндокринолога и выполнять его рекомендации;
 - пантопразол по 40 мг утром и вечером за 30 мин до еды в течение 3 мес с последующим эндоскопическим контролем и консультацией гастроэнтеролога;
 - проконтролировать липидный спектр крови, функциональное состояние печени.

Конечно, рекомендации, которые получили наши пациенты в США, непривычны для нас. На наш взгляд, пациенты нуждаются в более тщательном и более частом наблюдении. Мы рекомендовали обоим супругам пантопразол в удвоенной дозе на 3 мес. Это обусловлено сочетанным эрозивно-язвенным поражением верхних отделов пищеварительного тракта. Мы предпочли пантопразол в связи с высокой вероятностью неалкогольной жировой болезни печени у обоих пациентов, наличием ожирения, а также в связи с приемом других сопутствующих препаратов.

Честно говоря, пришлось «припугнуть» супругов, объяснить им, что такое пищевод Барретта, какие осложнения влекут за собой имеющиеся у них эрозивно-язвенные поражения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, обзор литературы — Н. Г.; описание клинического случая — Н. Б.; рекомендации по питанию — О. Ш.; написание текста — А. А.

Пациенты явились на прием через 2 мес после возвращения из США. Эндоскопическое исследование им не выполнили (рекомендации в соответствии с американскими стандартами см. выше). Однако они стали придерживаться рекомендаций по изменению образа жизни и питанию, немного похудели (на 3,0–3,5 кг каждый), супруг уменьшил количество выкуриваемых сигарет, стал регулярно наблюдаться у эндокринолога. Оба пациента принимают пантопразол в назначенной дозе. Их состояние улучшилось: исчезли боли в животе, значительно реже возникает изжога, чувствуют себя бодрее.

В заключение приводим высказывание выдающегося врача Г. А. Илизарова: «Живой организм способен на многое, а долг врача — дать толчок, стимулировать его потенциальные силы и возможности. Мы должны быть подмастерьями природы» [1].

Список литературы

1. Мудрые мысли о медицине и врачевании / Сост. Я. С. Циммерман. — М.: Гэотар-Медиа, 2015. — 256 с.
2. Передерий В. Г., Ткач С. М. Практическая гастроэнтерология. — Винница: СПД Каштелянов А. И., 2011. — 776 с.
3. Передерий В. Г., Ткач С. М., Кутовой В. И., Роттер М. М. Избыточный вес и ожирение: последствия для здоровья и жизни, современные рекомендации по достижению и поддержанию нормальной массы тела. — К.: Старт-98, 2013. — 240 с.
4. Ткач С. М. Ведение больных гастроэзофагеальной болезнью в свете последнего американского консенсуса // Гастроэнтерол. — 2013. — № 2. — С. 108–113.
5. Advanced nutrition and dietetics in gastroenterology / Ed. M. Lomer. — Oxford: Wiley Blackwell, 2014. — 330 p.
6. Bennett J. R., Stanciu C. Effects of posture on gastro-oesophageal reflux // Digestion. — 1977. — Vol. 15. — P. 104–109.
7. Dovec E., Urbandt J. E., Gagne D. J. Laparoscopic revision of vertical banded gastroplasty to Roux-en-Y gastric bypass: outcomes of 105 patients // Surg. Obes. Relat. Dis. — 2011. — Vol. 7. — P. 493–499.
8. Duroux P., Bauerfeind P., Emde C. et al. Early dinner reduces nocturnal gastric acidity // Gut. — 1989. — Vol. 30. — P. 1063–1067.
9. Fraser-Moodie C. A., Norton B., Gornall C. et al. Weight loss has an independent beneficial effect on symptoms of gastro-oesophageal reflux in patients who are overweight // Scand. J. Gastroenterol. — 1999. — Vol. 34. — P. 337–340.
10. Hamilton J. W., Boisen R. J., Yamamoto D. T. et al. Sleeping on a wedge diminishes exposure of the esophagus to refluxed acid // Dig. Dis. Sci. — 1988. — Vol. 33. — P. 518–522.
11. Huertas-Ceballos A. A., Logan S., Bennett C., Macarthur C. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood // Cochrane Database Syst. Rev. — 2009. — CD003019.
12. Jacobson B. C., Somers S. C., Fuchs C. S. et al. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 354. — P. 2340–2348.
13. Johnson T., Gerson L., Hershovici T. et al. Systematic review: the effects of carbonated beverages on gastro-oesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2010. — Vol. 31. — P. 607–614.
14. Kadakia S. C., Kikendall J. W., Maydonovitch C. et al. Effect of cigarette smoking on gastroesophageal reflux measured by 24-h ambulatory esophageal pH monitoring // Am. J. Gastroenterol. — 1995. — Vol. 90. — P. 1785–1790.
15. Kaltenbach T., Crockett S., Gerson L. B. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach // Arch. Intern. Med. — 2006. — Vol. 166. — P. 965–971.
16. Katz P. O., Gerson L. B., Vela M. F. Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease // Am. J. Gastroenterol. — 2013. — Vol. 108. — P. 308–328.
17. Mathus-Vliegen L. M., Tytgat G. N. Twenty-four-hour pH measurements in morbid obesity: effects of massive overweight, weight loss and gastric distension // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1996. — Vol. 8. — P. 635–640.
18. McFerron B. A., Waseem S. Chronic recurrent abdominal pain // Pediatr. Rev. — 2012. — Vol. 33. — P. 509.
19. Orr W. C., Harnish M. J. Sleep-related gastro-oesophageal reflux: provocation with a late evening meal and treatment with acid suppression // Aliment. Pharmacol. Ther. — 1998. — Vol. 12. — P. 1033–1038.
20. Pollmann H., Zillesen E., Pohl J. et al. Effect of elevated head position in bed in therapy of gastroesophageal reflux // Z. Gastroenterol. — 1996. — Vol. 34 (suppl. 2). — P. 93–99.
21. Schindlbeck N. E., Heinrich C., Dendorfer A. et al. Influence of smoking and esophageal intubation on esophageal pH-metry // Gastroenterology. — 1987. — Vol. 92. — P. 1994–1997.
22. Waring J. P., Eastwood T. F., Austin J. M. et al. The immediate effects of cessation of cigarette smoking on gastroesophageal reflux // Am. J. Gastroenterol. — 1989. — Vol. 84. — P. 1076–1078.

Н. Б. Губергриц¹, Н. В. Беляєва¹, О. В. Швець², О. М. Агібалов³

¹ Донецький національний медичний університет, Лиман

² ДП «Державний науково-дослідний центр з проблем гігієни харчування МОЗ України», Київ

³ «VitaCenter», Запоріжжя

Значення модифікації способу життя в лікуванні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби та інших кислотозалежних захворювань: дані доказової медицини і клінічне спостереження

Описано власне клінічне спостереження подружжя з подібним комплексом кислотозалежних захворювань: гастроезофагеальною рефлюксною хворобою з ерозивно-виразковим езофагітом у поєднанні з діафрагмальною грижею, ерозивно-виразковим ураженням гастродуоденальної зони та рубцево-виразковою деформацією цибулини дванадцятипалої кишки. Проаналізувавши дані доказової медицини щодо модифікації способу життя і харчування при кислотозалежних захворюваннях, автори обґрунтували відповідні рекомендації пацієнтам, призначили медикаментозне лікування і отримали позитивні результати.

Ключові слова: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, лікування, модифікація способу життя, ожиріння, діафрагмальна грижа.

N. B. Gubergrits¹, N. V. Byelyayeva¹, O. V. Shvets², A. N. Agibalov³

¹ Donetsk National Medical University, Lyman

² SE «State Research Center of Nutrition Hygiene of the Ministry of Health of Ukraine», Kyiv

³ VitaCenter, Zaporozhye

Importance of the lifestyle modification in the treatment of gastroesophageal reflux disease and other acid-dependent diseases: evidence-based medicine data and clinical observations

The authors described their own clinical observation of a married couple with a similar complex of acid-dependent diseases: gastroesophageal reflux disease with erosive-ulcerative esophagitis combined with diaphragmatic hernia, with erosive-ulcerative lesion of the gastroduodenal zone with cicatricial-ulcerative deformation of the duodenal bulb. Having analyzed the data of evidence-based medicine on lifestyle and nutrition modification upon acid-dependent diseases, the authors substantiated the relevant recommendations for patients, prescribed medicamentous treatment and achieved positive results.

Key words: gastroesophageal reflux disease, treatment, lifestyle modification, obesity, diaphragmatic hernia

Контактна інформація

Губергриц Наталя Борисівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри внутрішньої медицини №2

E-mail: profnbg@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 4 липня 2017 р.