

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: окремі міждисциплінарні питання

Науково-практична конференція з міжнародною участю «Організаційні та клінічні питання сімейної медицини в Україні», що відбулася 24-25 жовтня 2019 року в Києві, зібрала чималу аудиторію практичних лікарів первинної ланки, а також лікарів інших спеціальностей. Організаторами заходу виступили фахівці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика та МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».



Професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук Володимир Чернявський

виступив окремі міждисциплінарні питання гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

На сьогодні досить частими стали випадки скерування лікарями різних спеціальностей до гастроентеролога пацієнтів зі станами, котрі без достатніх підстав трактують як позастравохідні прояви ГЕРХ. Дійсно, така проблема існує, й ці хворі потребують обстеження з використанням спеціальних методів діагностики, здатних виявляти причинно-наслідковий зв'язок між позастравохідними симптомами ГЕРХ і рефлюксом, які, на жаль, недоступні в більшості спеціалізованих гастроцентрів України. Ще одним невирішеним питанням є недостатня ефективність сучасних схем лікування позастравохідних проявів ГЕРХ.

Згідно з Монреальським консенсусом (2005), прояви ГЕРХ поділяють на стравохідні й позастравохідні (рис.). Своєю чергою, позастравохідні прояви поділяють на синдроми, для котрих імовірність зв'язку з ГЕРХ встановлено (кашель, рефлюкс-ларингіт, астма, пошкодження зубної емалі), та синдроми, зв'язок із ГЕРХ для котрих не доведено (хронічний фарингіт, синусит, ідіопатичний фіброз легень, рецидивний середній отит).

Незважаючи на встановлену асоціацію ГЕРХ із позастравохідними проявами, причинно-наслідковий зв'язок між указаними станами досі невідомий. У Монреальському консенсусі визнано, що ГЕРХ є потенційним кофактором ризику розвитку астми, хронічного кашлю та ларингіту. Проте внаслідок багатфакторної природи походження цих станів шлунково-стравохідний рефлюкс не може бути єдиною причиною їх появи. Крім того, розвиток лише позастравохідних проявів, ізольовано від типової клінічної картини ГЕРХ, є сумнівним.

Надалі доповідач розглянув переваги та недоліки застосування добового імпеданс-рН-моніторингу пацієнтів, які страждають на ГЕРХ. Цей метод дає можливість виявити патологічний рефлюкс

і підтвердити його зв'язок із типовою клінічною симптоматикою захворювання. Утім, встановлення ГЕРХ як основної причини позастравохідних проявів із його допомогою неможливе. Тому задля виявлення взаємозв'язку між виникненням патологічного рефлюксу та нетиповою клінічною симптоматикою ГЕРХ використовують два методи оцінки – індекс симптомів і ймовірність поєднання симптомів. Зазначені методи передбачають точний і своєчасний запис пацієнтом симптомів у поєднанні з одночасним виявленням рефлюксу з допомогою рН-моніторингу. Такий аналіз дає змогу встановити часовий зв'язок між патологічним закиданням шлункового вмісту в стравохід і появою нападів кашлю або астми. Метод має обмежені чутливість і специфічність, адже на основі отриманих даних не можна судити про ефективність терапії. До того ж негативні результати імпеданс-рН-моніторингу вважаються не менш важливими, оскільки тоді лікарі можуть спрямувати свої діагностичні пошуки в бік інших причин захворювання, що не мають зв'язку з ГЕРХ.

Відповідно до клінічних рекомендацій Американського коледжу гастроентерології щодо діагностики та лікування ГЕРХ (2013), пацієнтам із позастравохідними проявами захворювання, в яких немає типових симптомів, проведення моніторингу патологічного рефлюксу рекомендовано здійснювати до початку терапії інгібіторами протонної помпи – ІПП (умовна рекомендація, низький рівень доказовості). У разі відсутності відповіді на лікування ІПП варто провести дообстеження (умовна рекомендація, низький рівень доказовості). За неефективності терапії ІПП хірургічні методи в пацієнтів із позастравохідними проявами ГЕРХ застосовувати не слід (сильна рекомендація, помірний рівень доказовості).

Неабияку зацікавленість аудиторії викликало питання вибору ІПП з метою терапії ГЕРХ та асоційованих станів. Оптимальним представником цієї групи лікарських засобів є пантопразол, адже його використання не супроводжується ризиком побічного впливу та міжлікарських взаємодій. Завдяки цьому препарат широко застосовується в пацієнтів із ГЕРХ і супутньою коморбідною патологією. На українському фармацевтичному ринку доступним і водночас якісним представником пантопразолу є препарат Пульцет® представництва «Нобель Ілч», який містить у своєму складі 40 мг

пантопразолу в одній таблетці. Наявність у складі кишкороворозчинної оболонки препарату Пульцет® емульсії симетикону забезпечує вдвічі швидше всмоктування пантопразолу. Ця особливість суттєво вирізняє Пульцет® серед аналогів пантопразолу. Варто зауважити, що цей препарат зручний у використанні, оскільки його прийом не має чіткої залежності від їди.

Езофагіт, розвиток якого не асоційований зі шлунково-стравохідним рефлюксом, є не менш важливою проблемою сучасної гастроентерології. Виокремлюють так звані не-ГЕРХ-езофагіти, до яких належать медикаментозний, еозинофільний та інфекційний, а також кандидозне ураження стравоходу. Особливого розгляду потребує питання менеджменту уражень стравоходу, індукованих прийомом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), у пацієнтів із хронічними захворюваннями суглобів і хребта. Лікування таких хворих передбачає застосування ІПП та заміну неселективних НПЗП на знеболювальний препарат із вищим гастроентерологічним профілем безпеки. Серед останніх варто відзначити ЦОГ-2-помірноселективний

НПЗП мелоксикам, який є одним із найоптимальніших протизапальних знеболювальних препаратів, оскільки характеризується мінімальним рівнем побічного впливу як на слизові оболонки шлунково-кишкового тракту (ШКТ), печінку, так і на серцево-судинну систему, що особливо важливо в разі лікування хронічного суглобового болю в коморбідних пацієнтів із патологією ШКТ та остеохондрозом, остеоартритом. У великому дослідженні MELISSA мелоксикам продемонстрував нижчу частоту побічних ефектів із боку ШКТ порівняно з диклофенаком.

Серед представників мелоксикаму варто відзначити препарат Мелбек® («Нобель Ілч»). Значною перевагою препарату Мелбек® є доведена біоеквівалентність оригінальному лікарському засобу, що гарантує його високу ефективність і безпеку застосування. Ця перевага препарату Мелбек® також підтверджена багаторічним клінічним досвідом.

Отже, згідно із сучасними доказовими даними, розвиток позастравохідних симптомів ГЕРХ без наявності типової клінічної картини (печія, регургітація) є сумнівним. Тому такі пацієнти потребують проведення ретельної діагностики з метою виключення нерезлюксних причин захворювання та призначення відповідної медикаментозної терапії.

Підготувала Лілія Нестеровська



Пульцет®

Пантопразол

Симетикон у складі таблетки «Пульцет» прискорює всмоктування пантопразолу в 2 рази¹

Мелбек®

Мелоксикам

Відпочинь від болю!

Коротка інструкція для медичного застосування препарату Пульцет®. Склад: 1 таблетка містить пантопразолу натрію оксидату в перерахунок на пантопразол 40 мг. Допоміжні речовини: емульсія симетикону та ін. Фармакопералейна група: Засоби для лікування печіної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Показання: рефлюкс-езофагіт середнього та тяжкого ступеня, езофагіт Нейросеск-уль, виразка дванадцятипалої кишки, виразка шлунка, при синдромі Золінгера-Елісона та інших патологіях гіперсекреції шлунка. Побічні реакції: біль та дискомфорт у животі, відсутність апетиту та розпалання у животі, діарея, запор, нудота, сухість у роті та ін. Р.Л. № UA49970101. Термін дії р.Л. не обмежений з 28.07.2016. Матеріал не укладати з інформацією для пацієнта в (з інструкції Мелбек®) частині "Показання для застосування". Лікування захворювань, які супроводжуються більшими синдромами: остеоартрит, артрит, дегенеративні захворювання суглобів, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спонділіт. Скорочена інструкція по застосуванню Мелбек®. 1 таблетка містить мелоксикаму 7.5 мг або 15 мг. Розчин для ін'єкцій, 1.5 мл, 15 мг, НПЗП. Мелоксикам, має протизапальну, безпосередню та жарознижувальну дію. Побічні реакції: біль у животі, головний біль, та інші. Р.Л. МОЗ України № UA39330101 до 20.06.2020, Р.Л. МОЗ України № UA39330101 від 08.11.2017 № 1365. Література: 1. Скорочений звіт на термін СРБ: можливість патогенетичної та симптоматичної терапії. І.Г. Павлова, Н.Д. Баранчикова. - РМЖ № 11, 2016, - С. 660-665. Повна інформація про застосування препарату Пульцет та Мелбек знаходиться в інструкції для застосування. Інформація для фахівців медицини та фармацевтів, а також для поширення на семінарі і конференції з медичної тематики. За додатковою інформацією звертатись в представництво компанії Нобель в Україні: проспект Героїв Сталінграду, 53Б, Київ, Україна, 04213. Тел.: +38 044 585 20 64, www.nobel.com.ua

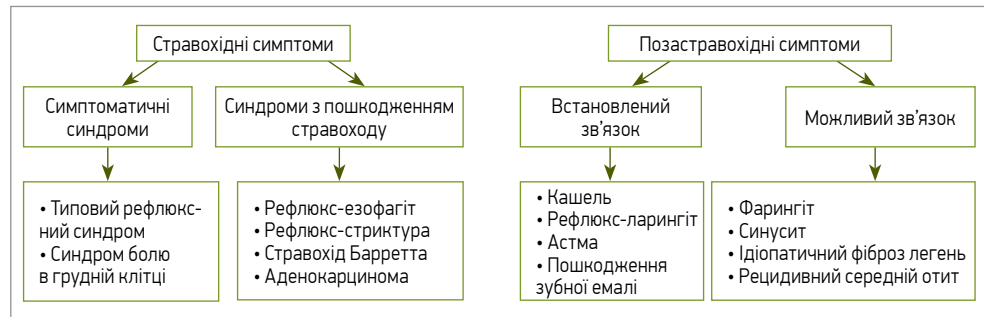


Рис. Класифікація проявів ГЕРХ (Монреальський консенсус, 2005)