

Маски ГЭРБ в практике семейного врача

По материалам научно-практической конференции «Коморбидная патология органов пищеварения в практике семейного врача», 9-10 ноября 2016 года, г. Днепр

Семейным врачам хорошо известны типичные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) – изжога, отрыжка и другие. Однако значительные трудности возникают в дифференциальной диагностике при ГЭРБ с нетипичными внепищеводными проявлениями.



О том, как распознать маски ГЭРБ в амбулаторной практике семейного врача, рассказал доцент кафедры терапии, кардиологии и семейной медицины факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кандидат медицинских наук Игорь Ярославович Будзак.

Внепищеводные проявления ГЭРБ достаточно разнообразны, и условно их можно разделить на следующие группы:

- оториноларингологические;
- бронхолегочные;
- кардиальные;
- стоматологические.

Внепищеводные проявления могут быть обусловлены или непосредственным попаданием рефлюксата на другие органы (reflux-like), или раздражением хеморецепторов пищевода рефлюксатом, что вызывает ваго-вагальный рефлекс и нарушает работу других органов (reflex-like).

Оториноларингологические проявления ГЭРБ чрезвычайно разнообразны, они включают дисфонию, болезненность при глотании, оталгию, латеральные шейные боли, хроническое покашливание, першение в горле, ларингоспазм и др. В результате рефлюкса у пациентов может формироваться хронический фарингит или ларингит, в редких случаях – рак гортани. В возникновении оториноларингологических симптомов важную роль играют непосредственное раздражение ЛОР-органов рефлюксатом и вагусные рефлекс. Необходимой у таких пациентов является консультация ЛОР-врача.

Среди респираторных проявлений ГЭРБ наибольшее значение имеют бронхиальная астма, рецидивирующие пневмонии и хронический кашель. Наличие ГЭРБ отмечается у 33-90% пациентов с бронхиальной астмой. У части больных приступы удушья могут совпадать с эпизодами патологического рефлюкса, часто ГЭРБ отягощает течение бронхиальной астмы. Заподозрить связь респираторных проявлений с ГЭРБ следует, если они появляются после приема пищи, при наклонах, в положении лежа. Это имеет большое значение в установлении причины хронического кашля. Таким пациентам рекомендуется проводить исследование функции внешнего дыхания, рентгенографию органов грудной клетки, при необходимости – консультацию пульмонолога.

Кардиальные проявления ГЭРБ, как правило, включают боли за грудиной, транзиторные нарушения ритма и проводимости (чаще всего экстрасистолы). В развитии последних на фоне ГЭРБ ключевую роль играют висцеро-висцеральные рефлекс, связанные с п. vagus. Аритмии, обусловленные ГЭРБ, часто сопровождаются вегетативной симптоматикой – страхом, тревогой, эмоциональной лабильностью. Боли за грудиной у пациентов с ГЭРБ могут быть как псевдокардиальными, так и кардиальными.

Раздражение слизистой оболочки пищевода рефлюксатом нередко нарушает его моторику и провоцирует спазм нижней

трети пищевода, что проявляется псевдокардиальными болями за грудиной. Псевдокардиальный синдром также может быть обусловлен висцеральной гиперчувствительностью пищевода при рефлюксе.

Однако формирование висцеро-висцерального рефлекса у части больных способно вызвать рефлекторное сужение коронарных артерий с развитием ишемии миокарда и истинных кардиальных болей.

В таблице в упрощенном виде показаны подходы к дифференциальной диагностике патологии пищевода и заболеваний сердца. Но важным является инструментальное исследование как пищевода (эндоскопия, рентген, рН-мониторинг), так и сердца (ЭКГ, холтеровский мониторинг, коронарография). Идеальный вариант – одновременный мониторинг рН пищевода и ЭКГ.

В первую очередь важно не пропустить патологию сердца. Необходимо помнить, что у одного пациента вполне вероятно сочетание ГЭРБ и ишемической болезни сердца – ИБС (патологический рефлюкс может отягощать течение последней).

При наличии у пациента боли за грудиной локализации главная задача врача – исключить угрожающие жизни состояния: инфаркт миокарда, расслаивающую аневризму аорты, тромбоэмболию легочной артерии, спонтанный пневмоторакс, ущемление диафрагмальной грыжи, перфорацию пищевода.

Таблица. Дифференциальная диагностика между патологией сердца и пищевода (Голочевская В.С., 2009)		
Параметр	ИБС, стенокардия	ГЭРБ
Локализация	За грудиной, может иррадиировать в шею, спину, челюсть, левую руку	
Характер	Сжимающая, давящая, жгучая	
Провоцирующие факторы	Физическая и эмоциональная нагрузка	Физическая и эмоциональная нагрузка, переизбыток, диетические погрешности
Купирующие факторы	Покой, нитраты	Изменение положения тела, глоток воды, антациды
Симптомы, сопутствующие боли	Страх, тревога, одышка	Другие пищеводные проявления

Стоматологические проявления ГЭРБ – жжение языка, стоматит, гингивит, периодонтит, эрозии зубной эмали – могут быть вызваны непосредственным воздействием рефлюксата, а также изменением свойств слюны.

При диагностике внепищеводных проявлений ГЭРБ с помощью эндоскопии можно обнаружить воспалительные и эрозивные изменения пищевода, но у 50-60% больных с ГЭРБ они отсутствуют. Высокоинформативным является проведение рН-мониторинга, однако не во всех лечебных учреждениях есть возможность использовать данный метод в рутинной практике.

Однако в первую очередь нужно обследовать органы, с которыми ассоциированы внепищеводные проявления.



UA/3400/02/01

Необходимо помнить, что респираторные, кардиальные, отоларингологические, стоматологические симптомы могут быть как внепищеводными масками ГЭРБ, так и совершенно не связанными с ней патологиями.

Для установления природы того или иного симптома применяется тест с ингибиторами протонной помпы (ИПП): назначают пробное лечение стандартными дозами ИПП в течение 1-2 недель. В случае купирования внепищеводных симптомов взаимосвязь их с ГЭРБ может считаться вероятной.

ИПП – ключевые препараты в лечении ГЭРБ и ее внепищеводных проявлений. Рекомендуемая длительность приема:

- основная терапия: стандартная доза ИПП – 4-8 нед;
- противорецидивная терапия: половинная доза ИПП – 6-12 мес постоянно или по требованию;
- поддерживающая терапия: ИПП в минимальной дозе с наименьшей частотой, достаточной для контроля над симптомами.

Пантопразол – высокоэффективный ИПП, который обеспечивает длительный эффект и постоянный контроль симптомов в течение суток. Он быстро активируется при низких значениях рН, что повышает селективность препарата. При этом пантопразол оказывает минимальное влияние на систему цитохрома P450; риск лекарственных взаимодействий на фоне его приема незначительный. Пантопразол – ИПП выбора у пациентов с сопутствующими заболеваниями, пожилых больных.

Первым генерическим пантопразолом в Украине стал Пантасан. Уже 12 лет этот препарат обеспечивает украинским пациентам контроль над симптомами кислотозависимых заболеваний.

В исследовании, проведенном в ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (Степанов Ю.М., Зак М.Ю., Будзак И.Я., Латфулина А.В., 2005), препарат Пантасан успешно купировал абдоминальный и диспептический синдромы, эффективно блокировал желудочную секрецию и обеспечивал стойкое антисекреторное действие (рН>4,0 на протяжении более 80% времени исследования). Применение Пантасана в течение 4 недель обеспечивало эпителизацию дефектов слизистой оболочки эзофагогастродуоденальной зоны у подавляющего большинства участников исследования.

Таким образом, своевременное выявление и дифференциальная диагностика внепищеводных проявлений ГЭРБ имеет большое значение в практике семейного врача. Тест с ИПП – удобный и информативный инструмент для установления связи между ГЭРБ и ее внепищеводными проявлениями. Препарат Пантасан (пантопразол) – высокоэффективный и селективный ИПП для контроля над типичными и внепищеводными симптомами ГЭРБ.

Подготовила Мария Маковецкая



НОВИНИ МОЗ

Нові підходи до лікування туберкульозу через системні зміни в охороні здоров'я

Час реалізації проекту ВООЗ TB-REP співпав з початком справжніх змін у системі охорони здоров'я – реформою первинної ланки медичної допомоги.

Це відкриває додаткові можливості, оскільки зміна підходу до лікування хворих на туберкульоз (ТБ) неможлива без зміни підходів до фінансування такого лікування.

Лікарі первинної ланки, середній медичний персонал повинні вміти і знати, як працювати із хворими на ТБ. Однією із серйозних проблем та причин низької мотивації медпрацівників є низька заробітна плата. Зміни підходів до фінансування можуть змінити ситуацію.

За словами Ігоря Перегінця, технічного радника Європейського регіонального бюро ВООЗ із систем охорони здоров'я та громадського здоров'я, варто використати можливості реформування всієї системи охорони здоров'я в Україні для досягнення кращих результатів лікування ТБ у Європейському регіоні ВООЗ.

Застарілий принцип, коли оплачується кількість ліжок у закладі, призводить до надмірної госпіталізації і утримання в лікарні хворих на ТБ довше, ніж потрібно. Від цього нема користі ні пацієнтам, ні державі.

Основні витрати стаціонарного догляду орієнтовані на виплати заробітної плати персоналу – близько 59%, харчування пацієнтів – близько 14% і технічне обслуговування лікарень – близько 18%.

В Україні в середньому лікування ТБ у стаціонарі триває близько 70 днів і приблизно 70% нових виявлених хворих підлягають госпіталізації.

Для зміни системи передбачено створити національну політику, яка забезпечуватиме фінансування і моніторинг цих процесів. Уже розроблено концепцію Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії ТБ на 2017-2021 рр.

2015 р. в Україні було проведено Місію з комплексної оцінки заходів програми протидії ТБ. Країна отримала низку рекомендацій щодо змін медичної допомоги відповідно до світових стандартів. Ці рекомендації враховано при розробці проекту нової національної програми.

У центрі уваги – пацієнт. Саме тому пріоритет моделі надання допомоги хворим на ТБ належить орієнтації на амбулаторних послугах. Виходячи з результатів діяльності буде впроваджено нові моделі фінансування. Отримані ресурси реінвестуватимуться в заходи протидії ТБ на амбулаторному етапі. Планується розробити необхідні механізми для соціального замовлення на постачання послуг щодо боротьби з ТБ, особливо при роботі із ключовими вразливими групами населення.

За інформацією прес-служби МОЗ України