

Ведення хворих із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою на первинному етапі медичної допомоги

Л.М. Скрипник, Н.Р. Матковська, Н.В. Чаплинська
Івано-Франківський національний медичний університет

З метою підвищення якості та ефективності медичних послуг лікаря первинної ланки широко впроваджуються стандарти, алгоритми діагностики та лікування. Лідером серед захворювань верхніх відділів травного тракту залишається гастроезофагеальна рефлюксна хвороба. Для покращення діагностики та лікування хворих у клінічній практиці лікарям загальної практики–сімейної медицини рекомендовано застосовувати опитувальники, які дають можливість оцінити ступінь тяжкості захворювання, правильно скерувати пацієнта для подальшого етапу діагностики. Це дозволить призначити відповідні терапевтичні схеми, зменшити частоту рецидивів та покращити якість життя пацієнта.

Ключові слова: лікар загальної практики–сімейної медицини, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, опитувальник, фіброезофагогастродуоденоскопія, інгібітори протонової помпи.

При наданні амбулаторної допомоги населенню України в останні 20 років розвиток первинної медичної допомоги відбувається шляхом вузької спеціалізації. Пацієнти частіше звертаються до вузьких спеціалістів самостійно, при цьому минаючи дільничного терапевта, ймовірно, у зв'язку із втратою довіри до нього. Дільничний терапевт перестає бути центральною фігурою в первинній ланці охорони здоров'я та координатором «медичного маршруту пацієнта». Принцип колективної відповідальності вузьких спеціалістів спричинив відсутність персональної відповідальності, включаючи дільничного лікаря, який перестав бачити пацієнта як одне ціле.

За даними сучасних досліджень, у європейських країнах на консультації до вузьких спеціалістів направляється лише 10% пацієнтів, в Україні – понад 50%. Це пов'язано з некоординованим направленням пацієнтів до спеціалістів, унаслідок чого у дільничного лікаря закінчують лікування лише 18–26% пацієнтів. За кордоном цей показник становить 70–75%, а в країнах, де добре працює сімейна медицина, – 90% [6, 3].

В Україні з метою зміцнення здоров'я населення, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості та ефективності медичних послуг, зменшення необґрунтованого навантаження на спеціалістів лікувально-профілактичних закладів вторинного і третинного рівнів, наближення кваліфікованої медико-санітарної допомоги до кожної сім'ї, для забезпечення індивідуального первинного і безперервного медичного обслуговування виникла необхідність щодо впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я [11, 9].

Сьогодні спостерігається тенденція до збільшення кількості випадків хронічних захворювань із часто рецидивуючим перебігом. Більшість первинних хворих з гастроентерологічною патологією звертаються до сімейних лікарів [3, 7].

Останнім часом з'явилися нові стандарти, алгоритми діагностики та лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), яка і надалі залишається лідером серед захворювань верхніх відділів травного тракту. Про значну по-

ширеність ГЕРХ свідчить висока частота в популяції основного симптому захворювання – печії [2, 12].

ГЕРХ, згідно наказу МОЗ України № 943 від 31 жовтня 2013 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги ГЕРХ», є хронічним рецидивуючим захворюванням, яке зумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції гастроезофагеальної зони, що характеризується спонтанним або регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового й дуоденального вмісту, що приводить до ушкодження дистального відділу стравоходу та вимагає тривалої терапії для досягнення високої якості життя пацієнтів і профілактики ускладнень [7].

Причинами виникнення ГЕРХ вважають дисфункцію нижнього стравохідного сфінктера (НСС), анатомічну його недостатність, порушення моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки. Чинники, що спричинюють ГЕРХ: вживання деяких продуктів харчування (шоколаду, кави, алкоголю), куріння, вживання медикаментів (нітратів, антагоністів кальцію, бета-блокаторів, холінолітиків), стрес, фізичні навантаження, ожиріння, вагітність, грижа стравохідного отвору діафрагми (виявляється майже у 50% обстежених у віці старше 50 років) [3].

Класифікація ГЕРХ за клінічними проявами:

- 1) типовий рефлюксний синдром;
- 2) синдром за грудинного рефлюксного болю;
- 3) екстраезофагеальні прояви ГЕРХ:

– з встановленим зв'язком:

- хронічний кашель,
- рефлюкс-ларингіт,
- астма,
- ушкодження зубної емалі;
- з передбачуваним зв'язком:
- фарингіт,
- синусит,
- рецидивуючий середній отит,
- ідіопатичний фіброз легень;

- 4) рефрактерна ГЕРХ.

За характером ендоскопічних змін у стравоході розрізняють: 1. Неерозивну ГЕРХ (НЕРХ, ендоскопічно негативний варіант, ГЕРХ без езофагіту, симптоматична ГЕРХ).

2. Ерозивну ГЕРХ (рефлюкс-езофагіт, ендоскопічно позитивний варіант, ГЕРХ з езофагітом).

3. Стравохід Барретта (СБ) – кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу:

– короткий сегмент СБ – зміщення Z-лінії проксимально від стравохідно-шлункового переходу та/або нерівна Z-лінія з «язиками» циліндричного епітелію менше 3 см;

– довгий сегмент СБ – зміщення Z-лінії проксимально від стравохідно-шлункового переходу та/або нерівна Z-лінія з «язиками» циліндричного епітелію більше 3 см [4, 6].

Ступені рефлюкс-езофагіту згідно Лос-Анджелеської класифікації, 1998 р.:

Опитувальник GERD-Q

	0 днів	1 день	2–3 дні	4–7 днів		
A	1	Як часто ви відчували печію?	0	1	2	3
	2	Як часто ви відчували потрапляння рідкого шлункового вмісту в рот чи глотку?	0	1	2	3
B	3	Як часто ви відчували біль у верхній частині живота по центру?	3	2	1	0
	4	Як часто ви відчували нудоту?	3	2	1	0
C	5	Як часто ви мали порушення нічного сну через печію чи відрижку?	0	1	2	3
	6	Як часто ви були змушені вживати додаткові ліки для зняття симптомів печії чи відрижки, крім основного препарату, призначеного лікарем (сода, Маалокс, Альмагель тощо)?	0	1	2	3

A – одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною не більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки.

B – одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки, що не зливаються між собою.

C – одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, що розташоване за складках та між ними, але займає менше 75% окружності стравоходу.

D – пошкодження слизової оболонки стравоходу, що охоплює 75% і більше його окружності.

Ускладнення ерозивної GERX:

1. Пептична виразка стравоходу.
2. Кровотеча.
3. Стриктри стравоходу.

Для GERX характерні стравохідні та позастравохідні симптоми (Монреаль, 2005). Характерними типовими симптомами GERX є стравохідні симптоми – печія та відрижка кислим (регургітація). Також хворі на GERX скаржаться на відрижку повітрям, дисфагію, за грудний біль, біль у проєкції мечоподібного відростка після їжі з посиленням у положенні нахилу, зригування, слинотечу, нудоту, блювання. До позастравохідних (атипових) проявів захворювання належать: легеневі (кашель, задишка, напади ядухи, хронічні бронхіти, аспіраційні пневмонії), кардіальні (пекучий біль у грудній клітці в ділянці серця, аритмії), отоларингологічні (дисфонія, фарингіт, ларингіт, рецидивуючий середній отит), стоматологічні (карієс, стоматит, глосит) [4, 7].

У клінічній практиці діагностика GERX базується у першу чергу на виявленні та оцінюванні скарг хворого та анамнезу захворювання. Зокрема, один з провідних вчених України Заслужений діяч науки і техніки, директор Інституту терапії імені Л.Т. Малої АМН України, доктор медичних наук, професор Олег Якович Бабак для цього пропонує наступні запитання:

- Чи часто Ви відчуваєте дискомфорт за грудиною?
- Чи завжди це супроводжується відчуттям печії за грудиною?
- Чи антациди полегшують ці симптоми?
- Чи спостерігалася наявність таких симптомів протягом чотирьох днів і більше за останній тиждень?

Чотири позитивні відповіді у 85% випадків співпадають з наявністю ерозивного езофагіту, підтвердженого фіброезофагогастродуоденоскопією (ФЕГДС).

Під час опитування пацієнта необхідно звернути увагу на характер печії – відчуття печучості, що іррадіює із шлунка або нижньої частини грудної клітки вгору до шиї. А також для встановлення вірогідного діагнозу GERX має значення наявність не менше двох епізодів печії на тиждень протягом останніх 12 міс. Правильне визначення печії дозволяє визначити чутливість діагностики GERX за даними опитування до 92% [1].

Лікарю загальної практики–сімейної медицини (ЗП–СМ) необхідно акцентувати увагу на наявності регургітації, яка викликає неспокій у хворого, що є важливим для встановлен-

ня клінічного діагнозу на основі типових скарг і анамнезу захворювання без використання діагностичних тестів на етапі первинної медичної допомоги. Проте слід пам'ятати, що більшість пацієнтів не відчувають закид кислого вмісту шлунка у стравохід. Ймовірно у них має місце зниження чутливості слизової оболонки стравоходу. Такий безсимптомний перебіг захворювання отримав назву «німої GERX» і може бути причиною важкого рефлюкс-езофагіту, стравоходу Барретта та аденокарциноми [13].

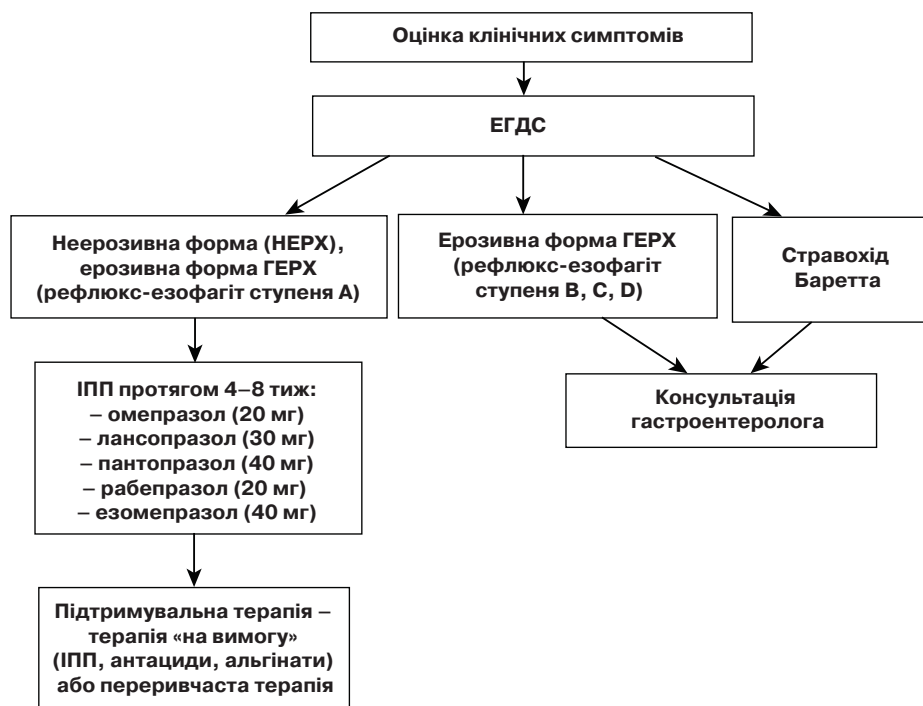
Основним методом діагностики GERX, особливо у пацієнтів молодого віку, є ретельно зібраний анамнез, який дозволяє встановити діагноз без проведення ФЕГДС за допомогою пробного лікування. З діагностичною метою можуть бути проведені: тест з альгінатами/антацидами; тест з інгібіторами протонної помпи (ІПП). Для проведення тесту з альгінатами/антацидами необхідно призначити одноразово лікарський засіб, що містить альгінат або антацид у стандартній дозі; якщо печія зникає або значно зменшується – тест позитивний, етіологія печії – рефлюкс; якщо печія зберігається – тест негативний. ІПП-тест – це пробне призначення ІПП у стандартній дозі протягом 7 днів.

Проведення ФЕГДС обов'язкове за наявності тривожних симптомів, у разі неефективного пробного лікування, особам старше 50 років, у разі тривалості захворювання більше 10 років. До тривожних симптомів відносять дисфагію, часту нудоту, втрату маси тіла, анемію, задишку, біль у грудях, ознаки травної кровотечі (блювання з домішками крові, мелена). Також призначають аналіз калу на приховану кров (за підозри на шлунково-кишкову кровотечу). Електрокардіографію призначають з метою диференційної діагностики з ішемічною хворобою серця. Хворого необхідно спрямувати на консультацію до гастроентеролога при виявленні рефлюкс-езофагіту ступеня B, C, D, стравоходу Барретта, до хірурга – у разі розвитку ускладнень, до онколога – у разі підозри злоякісного новоутворення.

Важливими принципами лікування GERX є комплексність, систематичність, достатня тривалість терапії. Метою лікування GERX є позбавити хворих від печії та інших симптомів, що дозволить покращити якість життя, досягти ремісії та попередити рецидив захворювання і можливі ускладнення.

Лікар ЗП–СМ повинен надати рекомендації щодо режиму харчування, способу життя та фізичних навантажень. У першу чергу це стосується відмови від куріння і вживання алкоголю, корекція дієти, об'єму їжі, характеру і часу її вживання. Зокрема, слід вживати невеликі порції їжі, після їжі уникати нахилів вперед і не лягати протягом 3 год, не їсти на ніч і не вживати гарячих страв, знижувати масу тіла при ожирінні. Також рекомендовано відмовитись від тісного одягу, поясів, корсетів, бандажів, що можуть призвести до підвищення внутрішньочеревного тиску; піднімання головного кінця ліжка за допомогою підставок на 15 см і не застосовувати ліки, що знижують тонус НСС.

Серед лікарських засобів, які використовують для лікування GERX, можна виділити наступні основні групи:



Алгоритм ведення хворих на ГЕРХ на етапі первинної медичної допомоги

1. ІПП: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол.
2. Прокінетики: домперидон, мосаприд, ітоприд.
3. Альгірати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат.
4. Антациди: алюмінію гідроксид + магнію гідроксид, гідроксид або гідрокарбонат магнію.
5. Блокатори H_2 -рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин.

ІПП є базовими лікарськими середниками для лікування ГЕРХ. Вони забезпечують ефективний контроль внутрішньо-шлункового та внутрішньо-стравохідного рН вище 4, що є необхідним для усунення симптомів ГЕРХ і є ключовою умовою загоєння езофагіту. ІПП вважаються «золотим» стандартом у терапії кислотозалежних захворювань. Тривалість основного курсу медикаментозного лікування ІПП від 4 до 8 тиж, а при ерозивному рефлюкс-езофагіті курс лікування не менше 8 тиж з подальшим переходом на підтримуючу терапію. Можливе призначення подвійних доз ІПП, збільшення тривалості вживання препарату. У разі відсутності відповіді на лікування необхідно направити пацієнта до гастроентеролога [8].

Антагоністи H_2 -рецепторів гістаміну пригнічують вироблення пепсину, знижують базальну секрецію соляної кислоти та нічне шлункове кислотовиділення. Є дані про значну позитивну відповідь на сумісне використання ІПП з блокаторами H_2 -рецепторів гістаміну у хворих з «нічним кислотним проривом».

Доведена ефективність різних варіантів підтримувальної дози: від щоденного вживання ІПП або антагоністів H_2 -рецепторів гістаміну при більш тяжких варіантах перебігу до вживання «на вимогу» (on-demand) або переривчастого вживання (через день) в стандартній або половинній дозі пацієнтам з НЕРХ та при легкому й помірному ступені ГЕРХ (ступінь А, В).

За наявності порушень моторики гастродуоденальної зони призначають стимулятори перистальтики на 1–2 міс. Прокінетики сприяють підвищенню тонуусу НСС, покращують кліренс стравоходу та антрально-дуоденальну коорди-

націю, пришвидшують евакуацію вмісту зі шлунка [5].

Альгірати та антациди нейтралізують кислий шлунковий вміст, адсорбують жовчні кислоти (алюміній-вмісні антациди), забезпечуючи цитопротективний ефект. Їх призначають у комплексі підтримувальної терапії.

У зв'язку з тим, що ГЕРХ може бути причиною розвитку тяжких ускладнень, зокрема кровотечі, стриктури стравоходу, стравоходу Барретта, пацієнти з ГЕРХ повинні знаходитись на диспансерному обліку з оглядом один раз на рік або на вимогу. Також метою диспансеризації є виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження та можливого скерування пацієнта до гастроентеролога.

У період ремісії хворим на ГЕРХ показане санаторно-курортне лікування. Широко застосовують мінеральні води, у складі яких переважають гідрокарбонатні іони. Це курорти Закарпаття (санаторії «Шаян», «Свялява», «Сонячне Закарпаття», «Квітка Полонини», «Поляна», «Верховина»), Березівські мінеральні води, Рай-Оленівка, курорт Одеса (санаторій ім. Горького). Термін санаторно-курортного лікування становить 21–30 днів [7].

Під час оцінювання ефективності лікування важливо враховувати покращення якості життя пацієнтів. Для цього в клінічну практику на первинній ланці широко впроваджують опитувальники, які самостійно заповнюються пацієнтом і інтерпретуються фахівцем протягом кількох хвилин.

Однією з найновіших розробок є міжнародна анкета-опитувальник GERD-Q (таблиця) для діагностики та оцінювання ефективності лікування хворих на ГЕРХ, впливу захворювання на якість життя. Як клінічний критерій при розробленні опитувальника GERD-Q було обрано частоту вираженості симптомів ГЕРХ, яку оцінювали за чотирма пунктами (відсутність симптомів, виникнення їх 1 день на тиждень, 2–3 дні, 4–7 днів на тиждень). Діагноз ГЕРХ встановлюють у разі, якщо загальна сума балів дорівнює або більше 8. Додатково окремо оцінюють суму балів за групою С, за допомогою якої можна проаналізувати вплив ГЕРХ на якість

життя хворих і динаміку самопочуття у процесі лікування: при сумі балів менше, ніж 3 діагностують помірну ГЕРХ, понад 3 бали – вражену ГЕРХ. Залежно від вираженості симптомів ГЕРХ коригують призначену терапію. Лікування визнається неефективним при наявності печії, регургітації або розладів сну не частіше, ніж 1 раз на тиждень. При частоті 2 дні і більше на тиждень слід збільшити тривалість медикаментозної терапії, дозу препаратів [12].

Опитувальник GERD-Q рекомендують використовувати на етапі первинного звернення хворого до лікаря ЗП-СМ як точний інструмент для діагностики ГЕРХ, призначення лікування та контролю якості терапії [10].

Ведение больных ГЭРБ на первичном этапе медицинской помощи **Л.М. Скрипник, Н.Р. Матковская, Н.В. Чаплинская**

С целью повышения качества и эффективности медицинских услуг врача первичного звена широко внедряются стандарты, алгоритмы диагностики и лечения. Лидером среди заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта остается гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Для улучшения диагностики и лечения больных в клинической практике врача общей практики – семейной медицины рекомендуется применять опросники, позволяющие оценить степень тяжести заболевания, направить пациента для дальнейшего этапа диагностики. Это позволит назначить соответствующие терапевтические схемы, уменьшить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациента.

Ключевые слова: врач общей практики – семейной медицины, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, опросник, фиброэзофагогастродуоденоскопия, ингибиторы протонной помпы.

ВИСНОВКИ

Таким чином, ГЕРХ – поширене захворювання органів травлення, з яким частіше зустрічаються лікарі ЗП-СМ. Для покращення діагностики та лікування хворих на ГЕРХ у клінічній практиці лікаря первинної ланки рекомендовано застосовувати новітні методики, що включають прості та інформативні засоби – опитувальники, які дозволяють оцінити ступінь важкості захворювання та його вплив на якість життя пацієнта. Раціональне ведення хворих на ГЕРХ і правильне визначення маршруту пацієнтів дозволить підвищити ефективність лікування та зменшити частоту рецидивів захворювання (малюнок).

Managing patients with gastroesophageal reflux disease on primary step of medical care **L.M. Skrypyk, N.R. Matkovska, N.V. Chaplinska**

In order to improve the quality and efficiency of primary medical care are widely deployed standards, diagnostics and treatment algorithms. The leader among the diseases of the upper gastrointestinal tract is gastroesophageal reflux disease. To improve the diagnosis and treatment of patients in the clinical practice of a general practitioner-family medicine is recommended to use questionnaires that allows to estimate the severity of the disease, the correct to refer patient for further diagnostic steps. This will allow prescribe the appropriate therapeutic schemes, to reduce the frequency of recurrences and improve the patient's quality of life.

Key words: general practitioner of family medicine, gastroesophageal reflux disease, a questionnaire fibroesofagogastroduodenoscopy, proton pump inhibitors.

Сведения об авторах

Скрипник Любовь Мироновна – Кафедра терапии и семейной медицины ПО, Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Матейки, 22; тел.: (099) 377-55-95. E-mail: lubovms@ukr.net

Матковская Наталия Романовна – Кафедра терапии и семейной медицины ПО, Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Матейки, 22; тел.: (050) 665-50-67. E-mail: nmail4you@gmail.com

Чаплинская Наталия Владимировна – Кафедра терапии и семейной медицины ПО, Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Матейки, 22; тел.: (050) 209-41-71. E-mail: chaplynska@ua.fm

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Бабак О.Я. ГЕРХ. Від теорії до практики / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 4 (78). – С. 38–44.
2. Бондаренко О.А., Агібалов А.Н. Клінічне застосування інгібіторів протонної помпи в лікуванні ГЕРХ (випадки з практики) / О.А. Бондаренко, А.Н. Агібалов // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 4 (90). – С. 125–133.
3. Жданов В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура О.Є. Гастроентерологія в практиці сімейного лікаря / В.М. Жданов, М.Ю. Бабаніна, О.Є. Кітура // Навч. посібник. – Полтава, 2010. – 250 с.
4. Класифікації захворювань органів травлення / Під ред. Харченко Н.В. – Кіровоград: ПП «Поліум», 2015. – 54 с.
5. Коруля І.А., Романенко М.С. Гастрорезофагеальний і дуоденогастральний рефлюкс: механізми виникнення та шляхи корекції / І.А. Коруля, М.С. Романенко // Сучасна гастроентерологія. – 2015. – № 6 (86). – С. 61–63.
6. Лисенко Г.І., Скрипник І.М. Актуальні проблеми сучасної гастроентерології в практиці сімейного лікаря / Г.І. Лисенко, І.М. Скрипник // Сімейна медицина. – 2009. – № 2. – С. 3–5.
7. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
8. Нейко Є.М. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки в практиці

- лікаря загальної практики/сімейної медицини / Є.М. Нейко, В.Є. Нейко, Н.Г. Вірстюк, В.В. Дзвонковська, Т.Т. Дзвонковська, Н.Р. Матковська // Методичні рекомендації. – Івано-Франківськ, 2006. – 22 с.
9. Острогляд А.В. Гастрорезофагеальна рефлюксна хвороба: діагностика, поширеність, фактори ризику: Автореф. дис. ... – 2008. – 32 с.
10. Палій І.Г., Заїка С.В., Янковецька А.Г. Поширення ГЕРХ серед хворих з патологією органів травлення, провокуючі чинники та ефективність блокувальників Н+/К+-АТФази (за результатами анкетування амбулаторних хворих) / І.Г. Палій, С.В. Заїка, А.Г. Янковецька // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 4 (78). – С. 38–44.
11. Черешнюк Г.С., Черешнюк Л.В.

- Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини // Г.С. Черешнюк, Л.В. Черешнюк: Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. – Донецьк: Закарпатський О.Ю., 2014. – 143 с.
12. Dent J., Vakil N., Jones R. Validation of the reflux disease questionnaire for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in primary care // Gut. – 2007. – Vol. 56. – P. 111–128.
13. Wahlqvist P. Relationship between symptom load of gastro-esophageal reflux disease and health related quality of life, work productivity, resource utilization and concomitant diseases: survey of US cohort/ Wahlqvist P., Karlsson M., Jonson D., [et al.] // Aliment Pharmacol. Ther. – 2008. – № 27 (10). – P. 960–970.

Стаття постуила в редакцію 22.11.2016