

Как **УМЕНЬШИТЬ** число диспансерных больных

РАБОТАЯ УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ, МНЕ ЧАСТО ПРИХОДИЛОСЬ ЗАДУМЫВАТЬСЯ: ПОЧЕМУ НА СОСЕДНИХ УЧАСТКАХ СТОЛЬ РАЗНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТЕНОКАРДИЕЙ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ? ВРОДЕ БЫ И НАСЕЛЕНИЕ ТО ЖЕ САМОЕ, ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СОСТАВ ПОХОЖИЙ, А КОЛИЧЕСТВО ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ, КОТОРОЕ «ТЯНЕТ» НА СЕБЕ КОЛЛЕГА – УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ – РАЗНОЕ...

Кто под маской?

Будучи делегатом на Конференции «Трудные вопросы гастроэнтерологии» в ноябре 2008 г, посвященной в том числе и гастроэзофагальной рефлюксной болезни, я прослушал несколько интересных докладов наших ученых, занимающихся этой проблемой – проф. Галины Фаденко (Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины, г. Харьков), проф. Ю.Решетилова (г.Запорожье), проф. Вячеслава Чернобрового (г.Винница).

Согласно авторам докладов, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) чрезвычайно распространена и охватывает около 40% среди взрослого населения развитых стран. Данное заболевание обусловлено влиянием агрессивных факторов (соляной кислоты и пепсина) на слизистую оболочку пищевода вследствие патологического желудочно-пищеводного рефлюкса.



Типичным и наиболее частым симптомом ГЭРБ является изжога, которая может возникать после еды или при приеме определенной пищи, наклонах туловища, физическом напряжении, в положении лежа. Изжога часто сопровождается кислой отрыжкой и срыгиванием. ГЭРБ можно достоверно диагностировать в случае, когда больного изжога беспокоит 2 и более дня в неделю. Однако данные симптомы не вызывают у врача затруднений в диагностике ГЭРБ и зачастую правильный диагноз и лечение приводят к стойкой ремиссии заболевания.

Более коварными являются внепищеводные проявления ГЭРБ – абдоминальные, респираторные, кардиальные, оториноларингологические, стоматологические.

Как правило, эти внепищеводные проявления ГЭРБ недооцениваются при отсутствии типичного симптома – изжоги, что приводит к диагностическим и терапевтическим ошибкам, влекущим за собой неправильное ведение таких пациентов.

Как участкового терапевта, озабоченного количеством диспансерных больных на участке и количеством пациентов с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией, меня наиболее заинтересовали именно внепищеводные – кардиальные и респираторные – проявления этого заболевания, о которых мне и хотелось бы рассказать поподробнее.

У трети пациентов с кардиальными симптомами обнаруживаются ГЭРБ

По данным коронарографии, почти у трети пациентов с кардиальными сим-



птомами, патология сосудов сердца не выявляется. Эти симптомы, как правило, бывают следующими: боли за грудиной и транзиторные нарушения сердечного ритма и проводимости. Как показывают многочисленные исследования, почти у трети пациентов такая симптоматика имеет не кардиальное происхождение, а связаны с патологией пищевода, в подавляющем большинстве – с ГЭРБ. Более чем в половине случаев у пациентов с некоронарогенными болями обнаруживаются характерные признаки ГЭРБ (по данным мониторинга pH и эндоскопии пищевода).

Однако боль за грудиной зачастую расценивается как стенокардическая и пациент направляется на ЭКГ. Окончательно доказать или опровергнуть предположение о пищеводном характере загрудинной боли возможно путем проведения инструментального обследования: эндоскопического, рентгенологического с контрастированием пищевода, мониторинга pH пищевода, метода одновременного мониторинга pH пищевода и мониторинга ЭКГ и пр. Современное разнообразие позволяет врачу выбирать приемлемый для больного метод. Однако все перечисленные методы нельзя назвать нетрудоёмкими и доступными в условиях поликлиники.

Помимо псевдокоронарных болей с кардиальным проявлением ГЭРБ отно-

сятся также транзиторные нарушения сердечного ритма и проводимости. По мнению Г.Фадеевко, наиболее частым нарушением ритма при ГЭРБ является экстрасистолическая аритмия. «Следует отметить, что нарушения ритма, обусловленные ГЭРБ, всегда сочетаются с признаками вегетативной дисфункции: чувством страха, тревоги, жара или ознобом, головокружением, потливостью, одышкой, эмоциональной лабильностью. Механизм возникновения дисритмических проявлений ГЭРБ также опосредован возбуждением кислым рефлюксатом рефлексогенной зоны дистальной части пищевода с развитием висцеро-висцеральных рефлексов, моделирующихся через n. vagus и приводящих к коронарному спазму и аритмиям.

Кардиальный синдром при ГЭРБ может встречаться не только в так называемом «чистом» виде, когда истинная коронарная патология отсутствует, и загрудинные боли с признаками нарушений на ЭКГ носят исключительно рефлекторный характер. Достаточно часто у больного ГЭРБ одновременно имеет место и ИБС, течение которой вследствие дополнительного индуцирования рефлюксами коронарного спазма и нарушениями ритма может существенно отягощаться. В таких случаях вычленив ведущие механизмы генеза кардиальных нарушений весьма затруднительно, и только специальная фармакологическая проба для диагностики ГЭРБ может внести окончательную ясность», — говорится в докладе.

Наличие ГЭРБ отмечается у 33-90% больных бронхиальной астмой

Второе место по частоте жалоб пациентов занимает дыхательная система, поэтому стоило бы более полно осветить именно эти внепищеводные проявления заболевания-хамелеона ГЭРБ.

К респираторным проявлениям ГЭРБ относят: бронхиальную астму, рецидивирующие пневмонии и хронический кашель. В результатах многочисленных исследований показано, что 70% больных с бронхиальной астмой страдают изжогой, а у 60% больных бронхиальной астмой выявляется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, являющаяся этиологическим субстратом для появления ГЭРБ. Наличие ГЭРБ отмечается у 33-90% больных бронхиальной астмой,



при этом у 25-30% патологические гастроэзофагеальные рефлюксы не имеют «пищеводных» проявлений.

Ученые объясняют возникновение бронхиальной астмы двумя механизмами — первый — рефлекторный (активация хеморецепторов дистального отдела пищевода, что приводит к развитию ваго-вагального рефлекса и, соответственно, к бронхоспазму), а второй механизм связан с непосредственным попаданием рефлюксата в дыхательные пути (микроаспирацией), что вызывает хроническое воспаление в слизистых оболочках последних.

Механизм возникновения хронического кашля при ГЭРБ заключается в раздражении периферических рецепторов ларингеальных и трахеобронхиальных путей, пищевода по афферент-

ным путем, вызывающим возбуждение нейронов дыхательного и кашлевого центров, в связи с чем и возникает немотивированный, беспокоящий больного кашель. Как и положено, после тщательного изучения жалоб и анамнеза больной направляется на комплекс исследования органов дыхания с целью исключения их возможной патологии: рентгенологическое, исследование бронхиальной проходимости (лекарственные тесты с β_2 -адреномиметиками и др.) и, затем, последний этап — это исследование пищевода: эзофагогастроскопия и мониторинг pH.

Узаконенными методами диагностики внепищеводных проявлений ГЭРБ являются:

- клиническое обследование (жалобы, анамнез, данные объективного осмотра);
- pH-мониторинг;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- рентген пищевода и желудка;
- УЗИ органов брюшной полости;
- исследование функции внешнего дыхания;
- сцинтиграфия легких;
- ЭКГ, коронарография;
- ларингоскопия;
- консультация оториноларинголога;
- консультация стоматолога.

Наиболее точно можно верифицировать связь внепищеводных симптомов ГЭРБ с эпизодами патологического рефлюкса при проведении 24 часовой



внутрипищеводной рН-метрии. Данный метод (см. ниже) позволяет установить наличие корреляции между появлением боли и эпизодами рефлюкса (индекс симптома >50%). При усилении боли при физической нагрузке может быть проведено комбинированное мониторирование рН и ЭКГ.

Безусловно, следование стандартам обследования пациента — процедура правильная и необходимая, однако часто ли это осуществимо в практике участкового врача?



Выход есть!

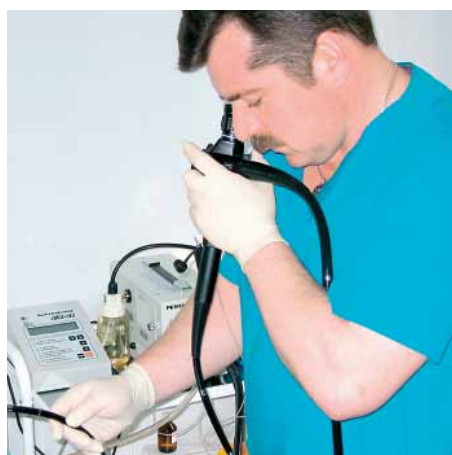
Наиболее точно и ярко проблему внепищеводных проявлений ГЭРБ отразила в своей статье проф. С.В. Виноградова (Россия, 2010 г.): «Часто правильная и быстрая диагностика внепищеводных проявлений ГЭРБ оказывается затруднительной как по техническим, так и клиническим причинам, в частности, в связи с наличием сочетанной патологии. Для этой цели был разработан и используется легкодоступный фармакологический тест с ингибитором протонной помпы (ИПП). Суть теста заключается в том, что ИПП являются мощными ингибиторами кислоты желудочного сока — главного агрессивного компонента рефлюксата, обладающего раздражающим действием на рецепторы, находящиеся в слизистых оболочках пищевода, дыхательных путей, полости рта. Угнетение выработки соляной кислоты приводит к уменьшению раздражения

рецепторов и устранению проявлений гастроудоденального рефлюкса, в том числе и внепищеводных. Вначале в качестве препарата для теста был предложен омепразол, и исследование получило название «омепразоловый тест».

Методика тестирования состоит в назначении стандартной дозы омепразола (40 мг) 1 раз в сутки на протяжении 2 недель. Тест считается положительным (подтверждает наличие ГЭРБ), если в результате приема проявления рефлюкса уменьшаются или исчезают. Первую



оценку омепразолового теста можно проводить на 4–5-й день приема. В последнее время чаще используется другой препарат из группы ИПП — рабепразол в дозе 20 мг в сутки. Применение рабепразолового теста позволяет сократить сроки тестирования с 2 недель до 7 дней, а первую оценку — до 1–3 дней за счет



более быстрого наступления максимального антисекреторного эффекта препарата. Специфичность и чувствительность рабепразолового теста составляет 86 и 78% соответственно. Доказано, что по диагностической ценности данный тест с ИПП не уступает суточному мониторированию рН и эндоскопическому исследованию пищевода. Особую ценность приобретает данный тест у пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ, имеющими сочетанную патологию. Положительный тест является основанием для лечения всех проявлений ГЭРБ, с использованием в качестве базисных препаратов ИПП...

Полную солидарность с мнением коллеги выражает и другой российский ученый, д.м.н. А.С. Трухманов (М., 2006): «Доступным методом дифференциального диагноза, появившимся в последнее время, можно считать рабепразоловый тест, суть которого заключается в исчезновении соответствующей симптоматики (изжоги, болей в грудной клетке или бронхолегочных проявлений) в течение суток после приема 20 мг рабепразола. Этот метод основан на способности рабепразола, в отличие от других ИПП, купировать симптомы ГЭРБ в течение первых 24 часов после начала применения».

Высокая специфичность и чувствительность рабепразолового теста позволяет использовать его результаты наравне с результатами суточного мониторирования рН и эндоскопического исследования пищевода.

Методика проста: для экспресс-оценки: пациенту с приступом ретростернальной боли или бронхиальной астмы измельченная таблетка или содержимое капсулы ложится под язык, оценка проводится через 30, 60 и 90 мин. Положительным результатом теста считается

исчезновение всей симптоматики, среднеположительным результатом – уменьшение симптоматики, отрицательным – отсутствие изменений.

Рабепразоловый тест проводится пациентам с хроническим течением заболевания. Назначается рабепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки. Оценка проводится на 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки (аналогично оценке экспресс-метода). Преимущество данного теста состоит в быстром (на 1-е сутки) купировании симптомов гастроэзофагального рефлюкса и его внепищеводных проявлений.

Таким образом, вывод напрашивается сам собой – пациентам с жалобами на сердечно-сосудистую или дыхательную систему необходимо проводить простой и информативный рабепразоловый тест, который не только сэкономит Ваши время и нервы, но и позволит точно и достоверно выявить первопричину жалоб пациента и, следовательно, определит правильную дальнейшую Вашу тактику ведения данного пациента.

Бесспорным утверждением в докладе проф. Г.Фадеенок стала мысль, поддержанная всеми участниками конференции, о том, что особую ценность приобретает данный тест у пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ, имеющими сочетанную патологию. Положительный тест является основанием для лечения всех проявлений ГЭРБ, используя в качестве базисных препаратов ИПП. При сочетанной патологии ИПП включаются в комплексную терапию (например, при бронхиальной астме, ишемической болезни сердца, ожирении), что в значительной степени облегчает течение болезни.

Науку – в жизнь! Я воспользовался данной методикой рабепразолового теста у себя на участке. Теперь у меня в 2 раза меньше диспансерных больных со стенокардией, бронхиальной астмой и ХОЗЛ, и больше благодарных пациентов. А у Вас?

Заключение: ГЭРБ маскируется под маской других жизнеугрожающих заболеваний, осложняя жизнь как пациенту, так и его врачу. Вследствие высокой встречаемости, а также наличия внепищеводных проявлений, обусловленных патологическим рефлюксом, при первичном обращении пациента необходимо проводить простой и доступный, и, тем не менее, высокоинформативный и достоверный рабепразоловый тест, который позволит Вам правильно и точно выявить этиологический субстрат заболевания. Какой именно из представленных на рынке рабепразолов выбрать – выбор за Вами. Удачи!

УВ



БАРОЛ

Рабепразол капсулы 10 мг и 20 мг

Быстрый эффект доступный всем

Высокая эффективность
в первый час после приема

24 часа стабильной кислотосупрессии
и отсутствие межлекарственных
взаимодействий

Семь успешных
клинических
апробаций в Украине



Самый
доступный
ИПП

! Перед застосуванням
необхідно зважити на
взаємодія з іншими
ліками

! Перед використанням
обов'язково ознайомитись
з інструкцією до застосування



www.megawecare.com.ua

МЕГА ЛАЙФСАЙЕНСІЗ ПТИ ЛТД
Представительство в Украине:
03035, Киев, Соломенская пл., 2, офис 100
Тел.: (044) 248-80-16, 248-80-25

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я