

Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги пацієнтам із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою

Наприкінці 2012 р. в Україні офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги, в основу якого покладено створення медико-технологічних документів (далі — МТД), що базуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Відповідно до чинного законодавства, виконання вимог МТД обов'язкове для всіх практикуючих лікарів, незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також для фізичних осіб-підприємців, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики. Редакція «Українського медичного часопису» пропонує до уваги читачів більш зручну форму ознайомлення щодо необхідних дій лікарів первинної ланки та лікарів-гастроентерологів при наданні медичної допомоги пацієнтам із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ).

Дії лікаря загальної практики відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України

Діагностика

Доведено, що основним методом діагностики ГЕРХ, особливо у пацієнтів молодого віку, є ретельно зібраний анамнез, який дозволяє встановити діагноз без проведення езофагогастроуденоскопії (ЕГДС), за допомогою пробного лікування (призначення інгібіторів протонної помпи (ІПП) на 2–4 тиж).

З діагностичною метою можуть бути проведені:

- тест з альгінатами/антацидами (одноразовий прийом лікарського засобу, що містить альгінат або антацид у стандартній дозі; якщо печія зникає чи значно зменшується — тест позитивний, етіологія печії — рефлюкс; якщо печія зберігається — тест негативний, етіологія печії інша);
- ІПП-тест (пробне призначення ІПП у стандартній дозі протягом 7 днів).

Проведення ЕГДС обов'язкове за наявності «тривожних симптомів» (дисфагія, шлунково-кишкова кровотеча, часта нудота, втрата маси тіла, анемія, задишка, біль у грудях), у разі неефективного пробного лікування, у осіб віком старше 50 років. Доведено також, що рентгенологічне до-

слідження з барієм має обмежене значення в діагностиці ГЕРХ і не рекомендується.

Дії лікаря

1. Збір анамнезу:

1.1. Оцінити типові симптоми ГЕРХ (печія та регургітація (відрижка, кисла відрижка), що виникають не менше одного разу на тиждень. Це так звані стравохідні симптоми. До стравохідних симптомів, окрім вищезазначених типових, також відносяться нудота, дисфагія чи одиофагія, відчуття підвищеної кількості рідини в роті, епігастральний біль, порушення сну, пов'язані з болем або печією).

1.2. Оцінити наявність «тривожних симптомів».

1.3. Виключити органічну патологію шлунка та стравоходу (виразку, рак шлунка, гастрит тощо), диспепсію, індуковану прийомом медикаментів.

1.4. Оцінити наявність позастравохідних проявів ГЕРХ, а саме:

- Кардіальних (епігастральний біль у лівій половині грудної клітки, порушення серцевого ритму).
- Бронхолегеневих (хронічний кашель, рецидивуюча (аспіраційна) пневмонія, бронхіальна астма («неалергічна»)).
- Ларингофарингеальні (охриплість, ларингіт, фарингіт, риніт, біль і почервоніння в горлі).

- Стоматологічні (карієс, ураження зубної емалі, дентальні ерозії, неприємний запах з рота).
- 2. Фізикальне обстеження.
- 3. Лабораторні методи:
- Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).
- 4. Діагностичний тест з альгінатами/антацидами або ІПП-тест.
- 5. Інструментальні методи обстеження:
 - 5.1. Електрокардіограма (ЕКГ) (з метою виключення ішемічної хвороби серця).
 - 5.2. Направити на ЕГДС за наявності «тривожних симптомів», у разі неефективного пробного лікування (тесту з альгінатами/антацидами або ІПП-тесту), осіб віком старше 50 років з підозрою на ГЕРХ.
 6. Направити на консультацію до:
 - 6.1. Гастроентеролога при виявленні за результатами ЕГДС рефлюкс-езофагіту ступеня В, С, D згідно з Лос-Анджелеською класифікацією¹, стравоходу Барретта².
 - 6.2. Хірурга при розвитку ускладнень.
 - 6.3. Онколога при підозрі щодо злоякісного новоутворення.

Лікування

Доведено, що ІПП — найбільш ефективні препарати лікування пацієнтів з ГЕРХ. Дози і тривалість лікування залежать від перебігу ГЕРХ та ступеня ураження стравоходу. Доведено, що причиною неефектив-

¹Ступені рефлюкс-езофагіту згідно з Лос-Анджелеською класифікацією:

A — Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною ≤ 5 мм, обмежене складками слизової оболонки.

B — Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною >5 мм, обмежене складками слизової оболонки, що не зливаються проміж собою (складками).

C — Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, що розташоване по складках та між ними, але займає $<75\%$ окружності стравоходу.

D — Пошкодження слизової оболонки стравоходу, що охоплює $\geq 75\%$ його окружності.

²Скринінг стравоходу Барретта (циліндрокарциномної метатлазії епітелію стравоходу з ознаками інтестиналізації)

ГЕРХ — основна причина виникнення аденокарциноми стравоходу (68–90%). Аденокарцинома частіше виявляється у пацієнтів із ГЕРХ та її частота зростає паралельно підвищенню частоти і тяжкості симптомів рефлюксу. Первинна діагностика (скринінг) показаний більшою мірою для осіб білої раси чоловічої статі віком >50 років із тривалістю симптомів рефлюксу >10 років. Якщо при проведенні первинної ендоскопії не виявлено стравоходу Барретта і/або езофагіту, наступне ендоскопічне спостереження не показано доти, поки у пацієнта не спостерігатимуться значні зміни в симптоматиці захворювання. Необхідність повторного ендоскопічного спостереження у пацієнтів зі стравоходом Барретта дискусійна, оскільки аденокарциному стравоходу діагностують у США рідко (6000–7000 випадків на рік), а стравохід Барретта — у 0,4–0,8% населення. Спостереження таких пацієнтів протягом року вимагає високих затрат — 100 000–500 000 дол. США. Сучасні стандарти рекомендують виконувати повторні ендоскопії кожні 2 роки. Контрольні ендоскопічні спостереження за дисплазією виконують частіше. Спостереження припиняється, якщо клінічна ситуація потребує проведення резекції стравоходу.

Ендоскопічні види лікування, такі як термальна абляція, фотодинамічна терапія і ендоскопічна резекція ураженої слизової оболонки, дають надію на одужання пацієнтам, яким протипоказано оперативне втручання. Такі методи лікування спричиняють менше ускладнень, але також дають нижчу ефективність (60–70% одужання від раку і дисплазії високого ступеня після контрольного огляду через 2 роки). Прихований рак, або дисплазія високого ступеня, локалізовані нижче епітеліального шару, можуть перешкоджати успішному ендоскопічному моніторингу.

ності лікування у більшості випадків є неадекватний режим дозування та прийому лікарських засобів. Доведеною особливістю лікування пацієнтів з ГЕРХ є тривалість основного курсу від 4 до 8 тиж із подальшим переходом на підтримувальну терапію.

Підтримувальну терапію проводять ІПП у мінімально ефективній дозі або антагоністами H_2 -рецепторів гістаміну, а також застосуванням антацидів чи альгінатів. Доведена ефективність різних варіантів підтримувальної дози: від щоденного прийому ІПП або антагоністів H_2 -рецепторів гістаміну при більш тяжких варіантах перебігу до прийому «на вимогу» (on-demand)⁹ або переривчастого прийому (через день).

Дії лікаря

1. Надавати рекомендації щодо режиму харчування, способу життя та фізичних навантажень:

Рекомендації щодо способу життя

- Після прийому їжі уникати нахилів вперед і не лягати протягом 3 год.
- Спати з підведеним головним кінцем ліжка.
- Уникати носіння тісного одягу і тугих поясів, корсетів, бандажів, яке призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску.
- Уникати надмірної їжі, не їсти на ніч і не вживати дуже гарячого.
- Обмежити споживання продуктів, що викликають зниження тиску нижнього стравохідного сфінктера і викликають подразнення (жири, алкоголь, кава, шоколад, цитрусові).
- Відмова від тютюнопаління і вживання алкоголю.
- Зменшення маси тіла за наявності надмірної маси тіла та ожиріння.
- Консультація з лікарем та додаткова оцінка співвідношення користі/ризиків за необхідності прийому ліків, що викликають рефлюкс (антихолінергічні, спазмолітики, седативні і транквілізатори, інгібітори кальцієвих каналів, блокатори β -рецепторів, теофілін, простагландини, нітрати).

Рекомендації щодо режиму харчування

- Мета дієтичного харчування при ГЕРХ:
- зменшення вірогідності закидання вмісту шлунка в стравохід;
 - покращання репараційних процесів слизової оболонки стравоходу;
 - профілактика метаплазії.

Загальна характеристика дієти: при надмірній масі тіла необхідне помірне зниження енергетичної цінності (2000–2200 ккал/добу) за рахунок зменшення вуглеводів та насичених жирів. При нормальній та зменшеній масі тіла енергетична цінність раціону має відповідати вимогам раціонального харчування. Необхідно обмежити вживання продуктів, які є силь-

ними стимуляторами шлункової секреції, а також смажених та жирних страв, які сприяють затримці шлункового вмісту, підвищенню внутрішньо-шлункового тиску та дуоденогастральному рефлюксу. Середня кількість кухонної солі становить 4–6 г/добу, а за наявності артеріальної гіпертензії — див. «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією» (додаток 3 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384).

Хімічний склад дієти: білку 1,2–1,4 г/кг маси тіла, із них 50–55% — тваринного; жиру 1,0–1,2 г/кг маси тіла, із них 25–30% — рослинного; вуглеводів — 4–5 г/кг маси тіла.

Рекомендовані страви та продукти: страви з нежирного м'яса, птиці, кролика, риба, морепродукти, яйця у вигляді омлету чи м'яко зварені, молочні супи, каші, молочний кисіль, м'який сир, запіканки, овочеві пюре, рагу, салати з невеликою кількістю рослинної олії, сметани, каші з цільних круп (гречана, рис, вівсяна), хліб пшеничний, сухарики, сухе печиво, відварена дрібна вермішель, тваринні жири (невелика кількість сметани, вершків, вершкового масла), рослинні олії, стиглі ягоди та фрукти (крім кислих сортів), зелений та чорний чай з молоком, німецька кава з молоком або вершками, овочеві соки, узвари із сухофруктів, солодкі фруктові соки.

Для зменшення рефлюксу шлункового вмісту хворим рекомендується вживати невеликі порції їжі. Не рекомендується вживати продукти, багаті органічними кислотами, грубою клітковиною, а також консервовані продукти, тугоплавкі жири, копченості, газовані напої, пиво, вино, шампанське, соління, житній хліб. Важливими є кулінарна обробка їжі та дотримання режиму харчування: 4–5 прийомів їжі невеликими порціями, не слід вживати занадто холодні чи гарячі страви.

Сильні стимулятори шлункової секреції: страви, багаті екстраактивними речовинами — м'ясні, рибні, грибні, міцні овочеві наварі; смажені страви; прянощі; томатні соуси; консерви; солоні та копчені, тушковані у власному соку м'ясо та риба; солоні, мариновані, квашені овочі та фрукти; круто зварені яйця; несвіжі, пересмажені жири; житній хліб; кисло-молочні продукти з підвищеною кислотністю, знежирене молоко, молочна сироватка; алкоголь; міцний чай та кава; газовані напої; кислі фрукти та ягоди, сирі овочі.

Слабкі стимулятори шлункової секреції: питна вода; крохмаль; жирні молочні продукти; м'яко зварені яйця або омлет; овочеve пюре; якісний жир; молочні або слизисті супи із круп та овочів, суп-пюре; пюре із солодких фруктів; розварені каші з манки та рису; пшеничний хліб вчорашньої випічки; лужні негазовані мінеральні води; німецький чай.

Для покращання репараційних процесів слизової оболонки стравоходу та профілактики метаплазії в харчуванні пацієнтів із ГЕРХ слід збільшити кількість продуктів із високим вмістом речовин, які

зумовлюють сприятливий вплив на слизову оболонку шлунково-кишкового тракту (вітамін А, Е, каротиноїди, лецитин, омега-3-жирні кислоти) — овочів, фруктів, цільних злаків, морської риби.

Пацієнтам із ГЕРХ із запорами слід збільшити в раціоні продукти, що містять харчові волокна — свіжі та запечені овочі, цільні злаки, овочеві рагу, запіканки із фруктами.

2. Призначення ІПП (омепразол (20 мг), лансопразол (30 мг), пантопразол (40 мг), рабепразол (20 мг), езомепразол (40 мг)): тривалість основного курсу медикаментозного лікування від 4 до 8 тиж, при ерозивному рефлюкс-езофагії курс лікування — не менше 8 тиж.

Можливе призначення ІПП у подвійних дозах, збільшення тривалості прийому препарату.

У разі відсутності відповіді на лікування направити пацієнта до гастроентеролога.

3. Призначення стимуляторів перистальтики за наявності порушень моторики гастродуоденальної зони на 1–2 міс.

4. Підтримувальна терапія після основного курсу лікування:

4.1. Терапія залежно від індивідуальної відповіді: «на вимогу» (on-demand)⁹ або переривчастий прийом ІПП у стандартній або половинній дозі пацієнтам з неерозивною формою ГЕРХ (НЕРХ), при легкому й помірному ступені ГЕРХ (ступінь А, В)¹.

4.2. Призначення альгінатів, антацидів (за потребою).

4.3. Призначення антагоністів H_2 -рецепторів гістаміну на ніч при нічному загостренні симптомів.

Подальше спостереження/диспансеризація

Доведено, що ГЕРХ може бути чинником розвитку тяжких ускладнень, зокрема кровотечі, стриктури стравоходу, стравоходу Барретта². Пацієнти із ГЕРХ мають перебувати на диспансерному обліку з оглядом 1 раз на рік або на вимогу. Огляд проводиться всім пацієнтам із ГЕРХ для виявлення «тривожних симптомів», оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.

Дії лікаря

Обов'язкові заходи

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану диспансеризації.

2. Проводити 1 раз на рік диспансеризацію пацієнта, що включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення «тривожних симптомів», оцінки обтяжуючих факторів і за необхідності — проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога.

3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (див п. 1 розділу Лікування).

Бажані заходи

Направлення в період ремісії на санаторно-курортне лікування.

Показання. Санаторно-курортному лікуванню підлягають пацієнти із НЕРХ

⁹On-demand-терапія (терапія на вимогу). Лікування може розпочинатись зі стандартної дози ІПП однократно або антагоністів H_2 -рецепторів гістаміну 2 рази на добу при потребі (самостійно призначене лікування при виникненні симптомів).

та ерозивною формою ГЕРХ (ступінь А–D)¹ за умов заживлення ерозій.

Протипоказання. Санаторно-курортне лікування протипоказане хворим з ускладненнями (пептична стриктура стравоходу, кровотечі з виразки стравоходу) і «тривожними симптомами» ГЕРХ.

Основні очікувані терапевтичні ефекти — зменшення агресивності рефлюктата (пригнічення вироблення кислоти), підвищення тонуусу нижнього стравохідного сфінктера, відновлення антеградної моторики езофагогастроуденальної системи, поліпшення функціонального стану інших органів травлення.

Пацієнтам із ГЕРХ рекомендовані курорти, де є питні мінеральні води, у складі яких переважає гідрокарбонатний іон. Це курорти Закарпаття (санаторії — «Шаян», «Сваліява», «Солянне Закарпаття», «Квітка Полонини», «Поляна», «Верховина», «Теплиця»), Березівські мінеральні води, Рай-Оленівка (Харківська область), курорт Одеса (Санаторій імені Максима Горького).

Термін санаторно-курортного лікування: 21–30 днів.

Первинна профілактика

Існують докази стосовно виникнення ГЕРХ у осіб з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатньому вживанні харчових волокон, переїданні. Корекція способу життя — обов'язкова складова лікування та профілактики подальшого розвитку ГЕРХ.

Дії лікаря

Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку ГЕРХ, пов'язаних зі способом життя та з оточуючим середовищем (див. п. 1 розділу Лікування).

Дії лікаря-гастроентеролога відповідно до вимог МОЗ України

Діагностика

Доведено, що основними методами діагностики ГЕРХ, особливо у пацієнтів молодого віку, є ретельно зібраний анамнез. З діагностичною метою може бути проведено пробне лікування альгінатами/антацидами або ІПП-тест. За наявності відповідних скарг, особливо у пацієнтів віком ≥ 40 років, важливо виключити ішемічну хворобу серця. За наявності задишки, пітливості, слабкості або у пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку захворювань серця необхідна ЕКГ перед обстеженням шлунково-кишкового тракту. Проведення ЕГДС обов'язкове за наявності «тривожних симптомів», неефективного тесту з альгінатами/антацидами або ІПП-тесту, у осіб віком старше 50 років. При неефективності лікування, довготривалому перебігу захворювання доцільно провести хромоендоскопію, яка є ефективним методом діагностики ГЕРХ, стравоходу Барретта². Доведено, що рентгенологічне дослідження з барієм має обмежене значення в діагностиці ГЕРХ і не рекомендується.

Дії лікаря

1. Збір анамнезу:

1.1. Оцінити типові симптоми ГЕРХ (печія та регургітація (відрижка, кисла відрижка)),

що виникають не менше одного разу на тиждень. Це так звані стравохідні симптоми, до яких, окрім вищезазначених типових, також відносяться нудота, дисфагія чи одиофагія, відчуття підвищеної кількості рідини в роті, епігастральний біль, порушення сну, пов'язані з болем або печією).

1.2. Оцінити наявність «тривожних симптомів» (дисфагія, шлунково-кишкова кровотеча, часта нудота, втрата маси тіла, анемія, задишка, біль у грудях).

1.3. Виключити органічну патологію шлунка та стравоходу (виразка, рак шлунка, гастрит тощо), диспепсію, індуковану прийомом медикаментів.

1.4. Оцінити наявність позастравохідних проявів ГЕРХ, а саме:

- Кардіальних (епігастральний біль у лівій половині грудної клітки, порушення серцевого ритму).
- Бронхолегеневих (хронічний кашель, рецидивуюча (аспіраційна) пневмонія, бронхіальна астма («неалергічна»)).
- Ларингофарингеальні (охриплість, ларингіт, фарингіт, риніт, біль і почервоніння в горлі).
- Стоматологічні (карієс, ураження зубної емалі, дентальні ерозії, неприємний запах із рота).

2. Лабораторні методи:

2.1. Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).

2.2. Діагностика інфекції *H. pylori* (у разі довготривалого застосування кислотознижувальних препаратів, за наявності ускладнень ГЕРХ) одним із методів:

- каловий антигенний тест;
- серологічне дослідження;
- ¹³C-сечовинний (уреазний) дихальний тест.

3. Діагностичний тест з альгінатами/антацидами або ІПП-тест.

4. Інструментальні методи:

4.1. ЕКГ.

4.2. ЕГДС (проводиться за наявності «тривожних симптомів», у разі неефективного пробного лікування, у осіб віком старше 50 років, при тривалості захворювання > 10 років).

4.3. Хромоендоскопія (при підозрі щодо розвитку стравоходу Барретта²).

4.4. рН-метрія стравоходу (при невстановленню діагнозу за допомогою ЕГДС, за відсутності відповіді на кислотосупресивне лікування).

5. Консультація:

5.1. Хірурга за наявності «тривожних симптомів», ускладнень.

5.2. Онколога при підозрі щодо злякякісного новоутворення.

Лікування

Доведено, що ІПП — найбільш ефективні препарати лікування пацієнтів із ГЕРХ. Дози і тривалість лікування залежать від варіанта перебігу ГЕРХ та ступеня ураження стравоходу.

Доведено особливість лікування пацієнтів із ГЕРХ є тривалість основного курсу від 4 до 8 тиж залежно від тяжкості перебігу з подальшим переходом на підтримувальну терапію. Підтримувальну терапію необхідно проводити ІПП у мінімально ефективній дозі

або антагоністами H_2 -рецепторів гістаміну із застосуванням антацидів чи альгінатів, режим прийому ІПП або антагоністів H_2 -рецепторів гістаміну від щоденного до прийому на вимогу (on-demand)³ або переривчастого прийому (через день). Доведено, що ерадикація *H. pylori* не завжди усуває симптоми та впливає на перебіг ГЕРХ. Доцільно проводити ерадикацію у тих випадках, коли передбачається довготривале застосування кислотознижувальних препаратів, а також за наявності ускладнень. При неускладнених варіантах перебігу ГЕРХ з катаральним езофагітом ефективність ерадикації *H. pylori* не доведена.

Дії лікаря

1. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (див. п. 1 розділу Лікування у діях лікаря загальної практики).

2. Призначення ІПП:

- за відсутності видимих ушкоджень слизової оболонки стравоходу (НЕРХ) або якщо при проведенні ЕГДС діагностується рефлюкс-езофагіт ступеня А, В¹, тривалість основного курсу лікування — від 4 до 8 тиж (омепразол (20 мг), лансопризол (30 мг), пантопризол (40 мг), рабепразол (20 мг), езомепразол (40 мг));
- при ерозивному рефлюкс-езофагіті ступеня С, D¹ — курс лікування не менше 8 тиж;
- за відсутності у пацієнта відповіді на лікування — ІПП у подвійній дозі, курс лікування — 8–12 тиж.

3. Призначення урсодезоксихолевої кислоти протягом 1–2 міс, сорбентів протягом 10 днів — за наявності змішаного рефлюктату.

4. Призначення стимуляторів перистальтики протягом 1–2 міс за наявності порушень моторики гастроуденальної зони.

5. Ерадикаційну антихелікобактерну терапію проводять згідно з положенням уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Диспепсія» (наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 600).

6. Підтримувальну терапію призначають після основного курсу:

6.1. Призначення терапії «на вимогу» (on-demand)³ або переривчастий прийом ІПП у стандартній або половинній дозі пацієнтам із НЕРХ, при легкому у помірному ступені ГЕРХ (ступінь А, В¹).

6.2. Призначення безперервного тривалого прийому ІПП у половинній дозі, можливе додаткове застосування антагоністів H_2 -рецепторів гістаміну або ІПП у стандартній дозі на ніч за наявності нічного загострення симптомів (для пацієнтів із тяжкою формою ГЕРХ ступеня С, D¹).

6.3. Призначення альгінатів, антацидів (за потребою).

7. Хірургічне лікування розглядається у разі неефективності медикаментозного лікування та за наявності ускладнень.

Госпіталізація

Показаннями до госпіталізації є наявність ускладнень, а саме: кровотеча, стриктура стравоходу, стравохід Барретта² або потреба у ендоскопічному/хірургічному лікуванні ГЕРХ.

Дії лікаря

При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація:

- направлення на госпіталізацію;
- виписка з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.

Подальше спостереження/диспансеризація

Пацієнти з ГЕРХ мають перебувати на диспансерному обліку з оглядом один раз на рік або на вимогу. Огляд проводиться всім пацієнтам із ГЕРХ для виявлення «тривожних симптомів», оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.

Дії лікаря

Обов'язкові заходи

1. Продовження лікування амбулаторно, тривалість та схеми лікування (див. п. 1

розділу Лікування у діях лікаря-гастроентеролога).

2. Опитування пацієнта при повторних візитах щодо наявності «тривожних симптомів», оцінка обтяжуючих факторів і вирішення питання про доцільність його обстеження в закладі, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

3. Рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (див. п. 1 розділу Лікування у діях лікаря загальної практики).

Бажані заходи

Направлення в період ремісії на санаторно-курортне лікування (див. п. Бажані заходи розділу Подальше спостереження/Диспансеризація у діях лікаря загальної практики).

Первинна профілактика

Існують докази залежності виникнення ГЕРХ у осіб з ожирінням при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатньому

вживанні харчових волокон, переїданні. Корекція способу життя — обов'язкова складова лікування та профілактики подальшого розвитку ГЕРХ.

Дії лікаря

1. Оцінити дотримання та ефективність рекомендацій, наданих сімейним лікарем/дільничним терапевтом (див. п. 1 розділу Лікування у діях лікаря загальної практики).

2. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку ГЕРХ, пов'язаних зі способом життя та з оточуючим середовищем (див. п. 1 розділу Лікування у діях лікаря загальної практики).

Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2013) Наказ МОЗ України від 31.10.2013 р. № 943 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі» (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131031_0943.html).

Реферативна інформація

Роз'яснення МОЗ України щодо обов'язковості дотримання лікарями клінічних протоколів



У відповідь на запит ТОВ «МОПІОН» від 03.04.2014 р. № 13/29801 відділ прес-служби Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України повідомляє.

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313, затверджено:

• Методику розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини;

• Методику розробки системи індикаторів якості медичної допомоги;

• Положення про мультидисциплінарну робочу групу з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини;

• Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги.

За інформацією, наданою ДП «Державний експертний центр МОЗ України», серед зазначених у запиті медико-технологічних документів обов'язковими для виконання практикуючими лікарями є уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, медичні стандарти та локальні протоколи медичної допомоги. Клінічні настанови мають ознайомчий характер в якості джерела інформації для підготовки галузевих стандартів медичної допомоги.

Різниця між медичними стандартами та уніфікованими клінічними протоколами медичної допомоги полягає у змісті та, відповідно, функціях цих документів, а саме: призначення медико-технологічних документів на державному, регіональному, локальному рівнях полягає в тому, що стандарт медичної допомоги містить критерії для контролю за діяльністю системи охорони здоров'я та акредитацією закладів охорони здоров'я. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги та локальний протокол медичної допомоги (клінічний маршрут пацієнта) визначають вимоги до структури, процесу та результату медичної допомоги і містять індикатори для клінічного аудиту.

Прес-служба «Українського медичного часопису»

Розроблено адаптовану клінічну настанову з діагностики, профілактики та лікування atopічного дерматиту

Про це розповів під час прес-конференції, яка відбулася 13 березня 2014 р. в МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Дерматовенерологія», професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук Олександр Літуса.

Проблема atopічного дерматиту, на думку О. Літуса, дуже важлива і соціально значима, адже згідно з офіційною статистикою, близько 20% населення України страждає від цієї недуги.

В Україні протягом останніх 10 років спостерігають поступове зростання захворюваності та поширеності atopічного дерматиту серед дітей віком 0–14 років. Статистика свідчить про недостатньо ретельний облік пацієнтів, які страждають на atopічний дерматит, та нерідко неправильну інтерпретацію діагнозів atopічного дерматиту та контактно-алергічного дерматиту. Дебют захворювання найчастіше відзначають у ранньому дитячому віці. Atopічний дерматит вперше проявляється у дітей віком до 6 міс — у 45%, віком до 1 року — у 60% та до 5 років — у 85% випадків.

Причини появи atopічного дерматиту мають комплексну природу і не до кінця з'ясовані. «Вплив факторів навколишнього середовища через епігенетичні механізми формує певну кількість пацієнтів, які страждають на atopію як системне захворювання. Першим проявом цього є шкірне захворювання. Якщо atopічний дерматит не почати лікувати вчасно та правильно, то це захворювання може трансформуватися навіть у тяжкі форми ринокон'юнктивіту та бронхіальної астми. Основне завдання у лікуванні та контролі atopічного дерматиту покладено на батьків, чиї діти страждають від цього захворювання. Успіх залежить від того, наскільки правильно батьки доглядатимуть за здоровою шкірою малюка, за шкірою, яка має перші прояви atopічного дерматиту, а також від того, в яких формах перебігатиме хвороба у дітей, коли вони виростуть. На сьогодні чітко проявляється тенденція, що atopічний дерматит, який не лікували або лікували неправильно, призводить до тяжких захворювань, до того, що люди стають інвалідами в дорослому віці», — зауважив фахівець.

Прес-служба «Українського медичного часопису» за матеріалами www.moz.gov.ua