

# МАТЕРИАЛЫ IV СЪЕЗДА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ УКРАИНЫ

11–12 июня 2015 г.

г. Полтава

УДК 616.33-002-008.1-07-082 UDC: 614.253.1

## Некоторые аспекты диагностики и ведения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, актуальные для врача общей практики

Н.Д. Чухриенко, И.В. Василевская

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

В статье представлены современные данные по этиологии и патогенезу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Рассматриваются клинические особенности как эзофагеальных, так и экстраэзофагеальных проявлений болезни. Приведены анкеты для выявления признаков ГЭРБ на первичном уровне. Изложены вопросы классификации, маршрута пациента и лечения ГЭРБ в соответствии с клиническими рекомендациями.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагеальные и экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ, анкеты для выявления признаков ГЭРБ, врач общей практики.

Несмотря на достижения современной гастроэнтерологии проблемы профилактики, диагностики и ведения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) по-прежнему привлекают внимание врачей общей практики – семейной медицины (ОП–СМ), поскольку пациенты с кислотозависимыми заболеваниями составляют значительную часть больных у практикующих врачей первичного уровня, а дифференциальный диагноз этих состояний и верификация диагноза ГЭРБ с последующим прописыванием маршрута пациента – частая задача врача общей практики [2].

Значение ГЭРБ определяется не только ее растущей распространенностью, но и более тяжелым течением: увеличением числа осложненных форм (язвы, стриктуры пищевода), развитием пищевода Баррета как предракового состояния, внепищеводных проявлений заболевания [3].

Кроме того, внепищеводные патологические влияния гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) ухудшают течение или даже могут являться этиологическим фактором заболеваний других органов, расположенных в непосредственной анатомической близости от пищевода (заболевания полости рта, верхних дыхательных путей, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких) или связанных с ним общей вегетативной иннервацией (ИБС) [1, 4, 6, 7, 10].

Особое место среди внепищеводных проявлений ГЭРБ занимает кардиальный синдром, поскольку дифференциальный диагноз между коронарогенной и эзофагогенной болью в груди продолжает представлять определенную практическую трудность [8, 9]. Пищеводная боль в груди является вторым по частоте после изжоги, а в 10–15% случаев – единственным симптомом ГЭРБ [5].

Значительная часть населения имеет латентные и малосимптомные формы на протяжении многих лет, что ухудшает качество жизни.

Таблица 1

Порядок и объем медицинских компетенций по обеспечению маршрута пациента врачом ОП–СМ при ГЭРБ

Наименование заболевания/ синдрома, класс по МКБ-10	Диагностика/ Предварительная диагностика +*	Самостоятельное лечение	Направление к специалисту для дообследования и/или коррекция лечения с последующим самостоятельным ведением пациента	Направление для лечения к специалисту (отсутствие эффекта при лечении и/или течение заболевания атипичное, осложненное; высокая активность процесса; необходимость в хирургическом лечении)	Оказание неотложной помощи	Организация срочной госпитализации	Диспансеризация самостоятельная или со специалистом	Участие в реабилитационных мероприятиях	Обеспечение профилактических мероприятий
Эзофагит	++		+						+
ГЭРБ	++	-	+	-	-	-	+	-	+
Язвенная болезнь желудка	+	+	+				+	+	+
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	+	+	+				+	+	+
Гастрит и дуоденит	+	+	+				+	+	+

I. ИЗЖОГА			
А	1	– сильная ( мучительная)	+6
	2	– умеренная	+4
	3	– слабая	+2
Б	1	– ежедневная	+6
	2	– периодическая	+4
	3	– редкая (несколько раз в месяц)	+2
II. ОТРЫЖКА			
А	1	сильная	+6
	2	умеренная	+3
	3	слабая	+1
Б	1	ежедневная	+3
	2	периодическая	+1
	3	изредка (несколько раз в месяц)	0
В	1	воздухом	-3
	2	пищей	+4
	3	кислотой	+3
III. БОЛЬ			
А	1	сильная	+4
	2	умеренная	+2
	3	слабая	+1
Б	1	в области сердца	+2
	2	за грудиной	+6
	3	в подложечной области	+2
	4	при прохождении пищи по пищеводу	+4
	5	чувство " комка" при глотании	+1
	6	боль в других отделах живота	-3
ВСЕГО БАЛЛОВ			

Примечание. Сумма баллов более 12 свидетельствует о наличии ЖПР, менее 6 баллов – о его отсутствии, от 6 до 12 – трактуется как признак «не хватает информации для выявления рефлюкса».

ГЭРБ – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка сопровождается появлением беспокоящих пациента симптомов и/или развитием осложнений.

Частым клиническим признаком ГЭРБ является изжога – чувство жжения за грудиной и/или «под ложечкой», распространяющееся снизу вверх, возникающее в положении сидя, стоя, лежа или при наклонах туловища вперед, сопровождается ощущением кислоты и/или горечи в глотке и во рту, нередко связанное с чувством переполнения в эпигастрии, возникает натощак или после употребления твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных или неалкогольных напитков или табакокурения.

В настоящее время сложилось четкое представление о патогенезе ГЭРБ как о комплексе патологических факторов.

1) Нарушение функции антирефлюксного барьера:  
– снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере (НПС);

– увеличение числа случаев спонтанного его расслабления.

2) Ухудшение клиренса пищевода:

– химического – как результата уменьшения продукции слюны и бикарбонатов слизи;  
– механического – вследствие снижения перистальтической активности и тонуса грудного отдела пищевода).

3) Воздействие агрессивных свойств рефлюктата:

– желудочный сок (особенно при гиперсекреции соляной кислоты);  
– щелочные жидкости – желчь, панкреатический сок при присоединении дуоденогастрального рефлюкса (ДГР).

4) Снижение тканевой резистентности пищевода:

– нарушение его функциональной, структурной целостности, кровоснабжения.

Порядок и объем медицинских компетенций по обеспечению маршрута пациента врачом ОП–СМ при ГЭРБ регламентирован Приказом МЗ Украины № 646 от 05.10.2011 г. (табл. 1).

Установление диагноза для врача общей практики, работающего в условиях семейной амбулатории с регламентированным набором оснащения (Приказ МЗ Украины № 1150 от 27.12.2013 г.), должно начинаться с особенно тщательной оценки клинических проявлений, характерных для ГЭРБ, представленных не только эзофагеальными, но и экстраэзофагеальными симптомами.

Предварительная диагностика на первичном уровне должна начинаться с оценки базиса клинической картины эзофагеальных симптомов, достаточно хорошо знакомых врачам-интернистам: изжоги, отрыжки кислым, пищей или горьким, боли в эпигастриальной области или за грудиной, гиперсаливации, икоты, ощущения комка за грудиной, возможной дисфагии, а также с оценки эндоскопической картины в соответствии с Лос-Анджелесской (1998 г.) классификацией эзофагитов, основанной на четких критериях, характеризующих изменения слизистой оболочки (СО) пищевода (анкета 1).

Она предусматривает лишь количественное определение протяженности эзофагита независимо от наличия других изменений в СО.

- *Степень А* – воспалительные изменения в СО ограничены в пределах складки, до 5 мм.
- *Степень В* – изменения в СО более 5 мм, распространяющиеся на 2 складки.
- *Степень С* – изменения в СО распространяются на несколько складок, но не циркулярные.
- *Степень Д* – обширные воспалительные изменения в СО, распространяющиеся более чем на 75% окружности.

Классификация не учитывает осложнения эзофагитов, таких, как язвы пищевода, стриктуры, метаплазия эпителия (пищевод Баррета).

Монреальский консенсус (2006), опираясь на принципы доказательной медицины, классифицировал различные проявления ГЭРБ [10] следующим образом:

### Пищеводные синдромы

- *Симптоматические синдромы:*
  - типичный рефлюксный синдром;
  - синдром боли в грудной клетке, связанной с рефлюксом.
- *Синдромы с повреждением пищевода:*
  - рефлюкс-эзофагит;
  - стриктуры вследствие рефлюкса;
  - пищевод Баррета;
  - аденокарцинома пищевода.

### Внепищеводные синдромы

- *Доказанные ассоциации:*
  - синдром кашля, ассоциированного с рефлюксом;
  - синдром рефлюкс-ларингита;
  - синдром рефлюкс-астмы;
  - синдром зубных рефлюкс-эрозий.
- *Предполагаемые ассоциации:*
  - фарингит;
  - синусит;
  - идиопатический легочный фиброз;
  - рецидивирующее воспаление среднего уха.

Для упрощения предварительной диагностики ГЭРБ на первичном приеме нами предложена анкета по ориентировочному отбору больных с желудочно-пищеводным рефлюксом (ЖПР).

При наличии жалоб ставится «+», при отсутствии – «-»

Диагностические затруднения в работе врача ОП–СМ обычно возникают при доминировании экстраэзофагеальных симптомов:

- кардиальных (кардиалгии, рефлексорная стенокардия, аритмии);
- легочных (хронический кашель, приступы бронхиальной астмы, рецидивирующие пневмонии);
- отоларингеальных (ларингит, хроническая осиплость голоса, фарингит, язвы, гранулемы голосовых связок, стеноз гортани в подвязочной области, хронический ринит, ларингеальный круп с резким нарушением дыхания, отиты);
- неврастенических (фрагментирование сна вследствие эпизодов рефлюкса в ночное время);
- стоматологических (кариес зубов, пародонтоз, афтозный стоматит).

Основными задачами врача ОП–СМ в диагностике ГЭРБ согласно Унифицированному клиническому протоколу первичной и вторичной помощи (Приказ МЗ Украины № 943 от 31 октября 2013 г.) являются:

1. Установление кислотно-зависимого заболевания.
2. Дифференциальная диагностика (исключить ИБС, острый коронарный синдром).

Чрезвычайно важно, чтобы каждый ЦПМСП независимо от формы собственности, каждый врач первичного звена имел локальный протокол ведения пациента с ГЭРБ.

С целью диагностики должны быть проведены: тест с альгинатами; тест с ингибиторами протонной помпы (ИПП-

тест); анализ кала на скрытую кровь; ЭКГ; ФЭГДС; осуществлена консультация гастроэнтеролога (*Унифицированный клинический протокол первичной и вторичной помощи. Приказ МЗ Украины № 943 от 31 октября 2013 г.*).

### Кардиальный синдром

*Кардиалгии:* в 20–60% случаев причиной боли в области грудной клетки является ГЭР, вызывающий спазм венечных артерий, что может обуславливать приступ рефлексорной стенокардии (в англоязычной литературе этот симптом называется «non-cardiac chest pain»).

Аритмии: экстрасистолии; синусовая брадикардия; неполная блокада ножек пучка Гисса.

Для кардиальных синдромов при ГЭРБ характерно: возникновение во время еды, при прохождении пищи по пищеводу, сочетание боли с дисфагией, изжогой, отрыжкой, при наклоне туловища вперед, облегчение после приема антацидов, переходе из горизонтального в вертикальное положение.

Боль в области грудной клетки связана с особенностями сенсорной иннервации сердца и пищевода относительно позвоночного столба (рис. 1).

Помимо ИБС при боли за грудиной следует исключить заболевания легких и скелетных мышц (миозит).

### Поражение дыхательных путей при ГЭРБ

Выделяют два важных механизма:

1. Нарушение защиты при непосредственной аспирации желудочного содержимого.

Рефлюксат, соприкасаясь с поверхностью бронхов, стимулирует кашлевой рефлекс, повреждает слизистую оболочку при бронхоспазме; жидкий рефлюксат попадает в дыхательные пути.

Как результат формируются хронический бронхит (ХБ), ателектазы, рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма (БА), пневмония, возможно развитие синдрома Мендельсона (повторные пневмонии, возникающие вследствие аспирации желудочного содержимого, как гиперэргическая реакция на аспирацию в дыхательные пути кислого желудочного содержимого при рвоте, коматозном состоянии больного, наркозе, угнетении гортанно-глоточных рефлексов любой этиологии; способствующими факторами являются алкогольное опьянение, парез мышц глотки, гортани и пищеварительного тракта – ПТ).

2. Реакция на рефлюкс без аспирации.

– Раздражение рефлексорной дуги, включающей желудочный сенсорный и отводящий пути, стимуляция которых приводит к бронхоспазму

– У некоторых больных, имеющих БА неаллергического генеза, при мониторинге рН диагностируют ГЭР.

Как результат: кашель (кашель и бронхоспазм защищает легкие от аспирации); БА, течение которой зависит от синхронного терапевтического воздействия на ГЭР.

Индикация признаков для проведения диагностики заболеваний бронхолегочной системы, ассоциированных с ре-

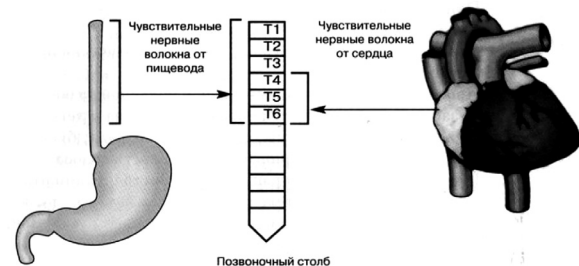


Рис. 1. Проекция чувствительности пищевода и сердца относительно грудных позвонков

КАШЕЛЬ:	
ночной	4
лежа	3
ночной	4
ОДЫШКА:	
появляется во время сна	2
усиливается лежа	0
появляется после еды	1
УДУШЬЕ:	
во время сна	4
возникает часто лежа	2
возникает после еды	2
ВСЕГО БАЛЛОВ:	
более 12	микроаспирация имеется
при 8-12 баллах	необходимо учитывать результаты анкеты по ориентировочному отбору больных с ГЭР
менее 8 баллов	микроаспирация отсутствует

флюксом: рефрактерная к лечению астма, в том числе «ночная астма»; хроническое интерстициальное легочное заболевание неустановленного генеза; ХБ; повторные пневмонии; хронический кашель (21%); повторяющиеся ларингиты; дисфония.

Нами разработана еще одна анкета для ориентировочного выявления легочной микроаспирации (ЛМА) (анкета 2).

Развитие хронического ларингита при рефлюксе связано с воспалением СО голосовых связок в результате попадания желудочного содержимого.

Симптомы рефлюксного ларингита включают: утреннюю охриплость; продолжительную голосовую разминку; наличие кашля, чрезмерной мокроты; частое прочищение горла; сухость во рту; обложенный язык; хронический кашель.

### Лечение ГЭРБ

В настоящее время рассматриваются две стратегии медикаментозного лечения.

*Стратегия I – возрастающая терапия*

*1-й этап* – изменение образа жизни и соблюдение диеты.

Применение антацидов или альгинатов;

*2-й этап* – прием блокаторов  $H_2$  – рецепторов гистамина и/или прокинетики;

*3-й этап* – прием ИПП.

*Стратегия II – поэтапно снижающаяся терапия*

*1-й этап* – лечение ИПП до достижения клинического эффекта;

*2-й этап* – поддерживающая терапия ИПП.

Терапия по требованию – прием альгинатов или антацидов для купирования симптомов.

Поэтапно снижающаяся терапия рекомендуется прежде всего больным с эрозивным рефлюкс-эзофагитом, что сокращает сроки заживления.

В работе семейного врача важным является установление партнерских отношений с пациентом в плане ответственности за выполнение программы лечения, включающей не только медикаментозную терапию, но и диетические, режимные мероприятия, позволяющие существенно улучшить качество жизни.

Лечение ГЭРБ осуществляется в соответствии с Унифицированным клиническим протоколом первичной и вторичной помощи (Приказ МЗ Украины № 943 от 31 октября 2013 г.):

1. Лечение пациентов с неосложненной ГЭРБ ступень А – осуществлять с использованием немедикаментозных методов и средств

– доказана наибольшая эффективность ИПП на протяжении 4–8 недель

При эрозивном рефлюкс-эзофагите – 8 недель (при отсутствии эффекта направить к гастроэнтерологу)

– Назначение стимуляторов перистальтики при наличии нарушенной моторики на 1–2 мес.

– Поддерживающая терапия

– Назначение альгинатов

– Назначение антацидов

– Назначение  $H_2$ -рецепторов гистамина на ночь при «ночных приступах».

*Альгинаты* (гавискон) – суспензия, включающая кальция карбонат, который реагирует с кислотой в просвете желудка, в результате формируется невсасывающийся альгинатный гелевый барьер за счет углекислого газа.

*Кислотный карман* (англ. *acid pocket*; является резервуаром кислого рефлюксата, формируется примерно через 15 мин после еды и сохраняется около 2 ч) – это область в полости желудка, образующаяся после приема пищи с относительно высокой кислотностью (и меньшим рН). Так называемый альгинатный плот плавает на поверхности содержимого желудка и механически препятствует возникновению симптомов ГЭРБ. Причиной неэффективности могут быть нерефлюксные механизмы формирования изжоги.

Неоднородность желудочного содержимого с более низкими значениями рН в верхнем слое по сравнению с уровнем кислотности в теле желудка может быть причиной более длительных кислых ГЭР в период после приема пищи.

У пациентов с ГЭРБ кислотный карман регистрируют чаще, а длина его больше по сравнению со здоровыми.

*Антацидные средства* повышают рН, вступая в реакцию нейтрализации с HCl. В настоящее время существует большое количество данных препаратов. Продолжительность ощелачивающего эффекта препарата зависит от времени пребывания в желудке:

– при приеме натошак – небольшая;

– при приеме после еды – увеличивается (пища, находящаяся в желудке, удлиняет эффект).

Сравнительная характеристика комбинированных антацидных препаратов

Препарат	Состав	Фармакологические эффекты							Особенности
		Антацидный	Адсорбирующий	Обволакивающий	Вязущий	Цитопротекторный	Антилептический	Пепсинсвязывающий	
Альмагель	Алюминия гидроксид, магния гидроксид	+	+	+	-	+	-	+	Можно назначать больным сахарным диабетом, так как не содержит сахара
Альмагель-А	Алюминия гидроксид, магния гидроксид, сорбитол, бензокаин	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию фуросемида, тетрациклина, дигоксина, изониазида, индометацина, ранитидина. Имеет местноанестезирующий эффект, так как содержит анестезин
Альфогель	Алюминия фосфат	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию фуросемида, тетрациклина, дигоксина, изониазида, индометацина, ранитидина
Гастал	Алюминия гидроксид, магния гидроксид, магния карбонат	+	+	+	-	+/-	-	+	Уменьшает абсорбцию тетрациклинов, пропранолола, изониазида, препаратов железа. Усиливает эффект сульфадиазина, леводопы, аспирина, налидиксовой кислоты
Гастерин	Коллоидный фосфат алюминия, пектин	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию фуросемида, тетрациклина, дигоксина, изониазида, препаратов железа, ранитидина. Подавляюще действует на <i>Helicobacter pylori</i> и связывает токсичные продукты их жизнедеятельности
Гелусил-лак	Магний-алюминий-силикат гидрат, обезжиренное молоко	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию тетрациклинов, пропра-нолола, изониазида, препаратов железа. Снижает активность аллопуринола. Во время лечения не рекомендуется прием пищи, богатой протеинами
Маалокс	Алюминия гидроксид, магния гидроксид	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию тетрациклинов, пропранолола, изониазида, препаратов железа. Снижает активность аллопуринола. Во время лечения не рекомендуется прием пищи, богатой протеинами
Ренни	Кальция карбонат, магния карбонат	+	+	+	-	-	-	-	Уменьшает абсорбцию индометацина, салицилатов, H <sub>2</sub> -блокаторов гистамина, β-адреноблокаторов, аминазина, фенитоина, тетрациклинов, фосфорсодержащих препаратов
Риволокс	Алюминия фосфат, пектин, агар-агар с корректирующим веществом	+	+	+	-	+	-	+	Снижает всасывание антибиотиков
Фосфалюгель		+	+	+	-	+	-	+	Можно назначать больным сахарным диабетом, так как не содержит сахара. Можно назначать вместе с циметидином, кетопрофеном, дизопирамидом, преднизолоном, амоксициллином

Продолжительность действия данных препаратов не зависит от дозы.

Антацидным препаратам, содержащим алюминий, свойственно: гастроцитопротекторное действие, связанное с увеличением синтеза простагландинов, улучшение микроциркуляции, усиление секреции защитной слизи, увеличение митотической активности в клетках СО. Сравнительная характеристика комбинированных антацидных препаратов представлена в табл. 2.

Можно назначать вместе с циметидином, кетопрофеном, дизопирамидом, преднизолоном, амоксициллином

Особенностью побочных эффектов антацидных препаратов на основе гидроксида алюминия можно отметить: диспепсические расстройства (запоры, диарея), нарушение всасывания ряда лекарственных препаратов (препараты железа), увеличение уровня магния и алюминия в сыворотке крови (при использовании больших доз антацидов и нарушении выделительной функции почек), понижение уровня фосфатов и кальция сыворотки и по-

вышение экскреции кальция с мочой. Но препараты, содержащие фосфат алюминия, не влияют на обмен кальция и фосфора.

Лекарственное средство фосфалюгель связывает соляную кислоту в желудке – фактор агрессии при ГЭРБ, уменьшает повышенную кислотность желудочного сока, обладает свойством обволакивать СО желудка, защищая ее от агрессивного воздействия пищеварительного сока.

Кислотно-пептическая атака ослабляет межклеточные пространства и ведет к повышению проникновения кислоты, а это в свою очередь приводит к клеточным разрывам и изменению СО желудка.

В качестве адекватного антацидного препарата врачам, курирующим всю семью, можно предложить препарат фосфалюгель, который подходит и взрослым, и детям, беременным, а также в случаях алкогольных эксцессов или других отравлений (табл. 2, 3). Исходя из этого, приводим ряд его фармако-кинетических особенностей.

Действующее вещество фосфалюгеля – гель из фосфата

Показания для применения фосфалюгеля

Взрослые	Дети
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
Симптоматические язвы желудка и кишечника различного происхождения (например, развившиеся на фоне приема аспирина, индометацина или вследствие стресса и т.д.)	ЖПР
Эрозия СО органов ПТ (желудок, кишечник, пищевод)	Эзофагит
Обострение гастрита с нормальной или повышенной кислотностью	Гастриты

Таблица 4

Доза и способ приема фосфалюгеля

Вид заболевания	Доза и частота приема	Способ приема
Диафрагмальная грыжа	По 1 пакетик 20 г 3 раза в день	Принимать сразу после еды, а вечером – дополнительный пакетик непосредственно перед сном
ЖПР (гастроэзофагеальный)	По 1 пакетик 20 г 3 раза в день	Принимать сразу после еды, а вечером дополнительный пакетик непосредственно перед сном
Гастрит	По 1 пакетик 20 г 2-3 раза в день	Выпивать Фосфалюгель перед каждым приемом пищи
Нарушения пищеварения (изжога, тяжесть в желудке и т.д.)	По 1 пакетик 16 г 2-3 раза в день	Выпивать перед каждым приемом пищи
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	По 1-2 пакетика 20 г 2-3 раза в сутки	Принимать препарат спустя 1-2 ч после еды или немедленно при возникновении боли
Функциональные нарушения работы толстого кишечника (понос, газообразование и т.д.)	По 1 пакетик 16 г 2 раза в сутки	Принимать натощак утром и вечером перед сном

алюминия. Фосфат алюминия является компонентом многих антацидных препаратов (альмагель, маалокс и др.), но только в фосфалюгеле он растворен не в воде, а в геле, что позволяет добиться большей эффективности лекарственного средства. В качестве вспомогательных компонентов фосфалюгель содержит следующие вещества: сорбитол 70%; агар-агар 800; пектин; дигидрат сульфата кальция; сорбат калия; апельсиновый ароматизатор; очищенная, бидистиллированная, деионизированная вода.

Антацидный эффект фосфалюгеля состоит в связывании соляной кислоты желудочного сока с ее нейтрализацией за счет образования соли – хлорида алюминия, что позволяет снизить кислотность желудочного сока до нормальных показателей (рН от 3,5 до 5) в течение 10 мин после приема геля внутрь.

После достижения нормальной кислотности желудочного сока реакция нейтрализации замедляется, а оставшееся количество действующего вещества расходуется на поддержание нормальной кислотности в течение длительного времени за счет буферных свойств фосфата алюминия.

Нормализация рН желудочного сока приводит к уменьшению активности пищеварительного фермента пепсина.

Обволакивающее действие фосфалюгеля заключается в способности коллоидных частиц фосфата алюминия адсорбироваться на СО пищевода, желудка и кишечника, создавая на ней особый мукоидный слой, который защищает СО от агрессивного воздействия: соляной кислоты, пепсина, токсических веществ, поступающих в организм извне или вырабатывающихся в результате метаболизма.

Сорбирующее действие фосфалюгеля позволяет связывать различные патогенные микроорганизмы (бактерии, вирусы), вредные вещества, находящиеся в просвете кишечника, газы (также являющиеся продуктами процессов гниения и брожения в кишечнике) и выводить их наружу.

*Применение фосфалюгеля при беременности*

У беременных часто бывают изжога, запоры, поносы,

рвота, тошнота, отрыжка и метеоризм, связанные с особенностями функционирования организма (эстрогемия, прогестероногемия, повышение внутрибрюшного давления).

Препарат можно принимать в течение всей беременности, поскольку он не вымывает кальций и не влияет на обмен других минералов и витаминов (в отличие от альмагеля и маалокса).

Фосфалюгель также назначают беременным для устранения токсикоза.

*Алкоголь – провокатор ГЭРБ*

Фосфалюгель купирует раздражающее действие алкоголя на СО ПТ, быстро нормализует состояние при отравлениях алкогольными напитками.

При изжоге, боли в желудке и других неприятных симптомах, связанных с употреблением алкоголя, фосфалюгель следует принимать в больших дозах – по 2–3 пакетика через каждые 2–3 ч до окончания текущих суток.

На следующий день применения препарата не требуется.

Однако необходимо утром опорожнить кишечник; если не получается сделать это естественным путем, то следует поставить клизму.

При отравлении алкоголем или похмельном синдроме препарат необходимо принять в количестве 3 пакетиков за один раз.

По прошествии 3–4 ч следует опорожнить кишечник и принять еще 1 пакетик фосфалюгеля.

*Противопоказания к применению фосфалюгеля*

Абсолютными противопоказаниями является наличие следующих состояний: выраженная почечная недостаточность; низкая концентрация фосфора в крови (гипофосфатемия); болезнь Альцгеймера; наличие аллергии, повышенной чувствительности или индивидуальной непереносимости компонентов лекарственного средства.

Относительными противопоказаниями является следующее: кормление грудью; цирроз печени; нарушения функции

почек средней и легкой степени тяжести; выраженная сердечная недостаточность; пожилой возраст (старше 65 лет).

При наличии относительных противопоказаний фосфалюгель применять можно, но с соблюдением осторожности и с тщательным контролем состояния пациента.

#### Побочные эффекты фосфалюгеля

В редких случаях побочными эффектами являются тошнота, рвота, изменения вкуса, запоры.

При этом запоры в основном развиваются у пожилых людей или лежачих больных.

Взаимодействие фосфалюгеля с другими лекарственными средствами уменьшает всасывание таких препаратов, как: фуросемид, тетрациклин, дигоксин, изониазид, индометацин, ранитидин.

### Профилактика ГЭРБ

Для профилактики ГЭРБ необходимо:

- снизить вес (избыточная масса тела повышает внутрибрюшное давление, способствуя рефлюксу).
- исключить переедание (последний прием пищи должен быть не позднее чем за 3–4 ч до сна).
- исключить ношение корсетов, бандажей и тугих поясов (повышают внутрибрюшное давление).

### Деякі аспекти діагностики і ведення гастрофагеальної рефлюксної хвороби, актуальні для лікаря загальної практики Н.Д. Чухриєнко, І.В. Василевська

У статті представлені сучасні дані про етіологію, патогенез гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Розглядаються клінічні особливості як езофагеальних, так і екстраєзофагеальних проявів хвороби. Приведені анкети для виявлення ознак ГЕРХ на первинному рівні. Викладені питання класифікації, маршруту пацієнта і лікування ГЕРХ відповідно до клінічних рекомендацій.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, езофагеальні та екстраєзофагеальні прояви ГЕРХ, анкети для виявлення ознак ГЕРХ, лікар загальної практики.

– ограничить поднятие тяжестей более 8–10 кг обеими руками.

– исключить физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса.

– ограничить работы, сопряженные с наклоном туловища вперед.

– отказаться от отдыха лежа в течение 3 ч после еды.

– поднять головной конец кровати на 15 см (эта простая мера помогает уменьшить ночной рефлюкс).

– отказаться от медикаментов, индуцирующих возникновение ГЭРБ (антихолинергические средства, трициклические антидепрессанты, седативные препараты, транквилизаторы, антагонисты кальция, β-блокаторы, лекарственные средства, содержащие L-дофамин, наркотики, простагландины, прогестерон, теофиллин, цитрамон, папаверин).

Рекомендуется:

- рацион с повышенным содержанием белка (белковая пища повышает тонус нижнего пищевого сфинктера);
- прекратить табакокурение, поскольку воздействие никотина нарушает местный синтез простагландинов и приводит к снижению естественных защитных свойств СО пищевода, аэрофагии, усиливает регургитацию кислоты.

### Some aspects of diagnosis and management of GERD actual for the general practitioner N. Chukhriyenko, I. Vasylevska

Modern data on an etiology, pathogenesis of a gastroesophageal reflux disease (GERD) are presented in article. There are overviewed the clinical features of both esophageal and extraesophageal manifestations of the disease. Questionnaires for identification of GERD signs are given on primary level. Questions of classification, route of the patient and treatment of GERD are stated according to the clinical recommendations.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, esophageal and extraesophageal manifestations of GERD, Questionnaires for identification of GERD, general practitioner.

### Сведения об авторах

**Чухриєнко Неонілла Дмитрієвна** – кафедра сімейної медицини ФПО Дніпропетровської медичинської академії, 49044, г. Дніпропетровськ, ул. Дзержинського, 9; тел.: (056) 726-44-81

**Василевська Ірина Васильєвна** – кафедра сімейної медицини ФПО Дніпропетровської медичинської академії, 49044, г. Дніпропетровськ, ул. Дзержинського, 9; тел.: (056) 726-44-81

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Будневский А.В., Бурлачук В.Т., Олышева И.О., Толмачев Е.В. Возможности контроля над бронхиальной астмой: роль малых дыхательных путей // Пульмонология. – 2011. – № 2. – С. 101–102.
2. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: СП ЗАО «Интерфарма-Киев», 2000.
3. Калинин А.В. Кислотозависимые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Медикаментозная коррекция секреторных расстройств. Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии 2002; 2: 16–22.
4. Овсянников Е.С., Семенкова Г.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина хронического кашля // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, № 10. – С. 722.
5. Пасечников В.Д., Слинько Е.Н., Ковалева Н.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с атипичными клиническими проявлениями // Гедон Рихтер в СНГ. – 2000. – № 3. – С. 36–40.
6. Провоторов В.М., Будневский А.В., Семенкова Г.Г., Семынина Н.М., Гречушкина И.В., Малыш Е.Ю. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у курящих пациентов молодого возраста // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 61, № 6.1. – С. 198–203.

7. Провоторов В.М., Дружинина Е.Л., Ромашов Б.Б. Исследование влияния скорости внутривенной инфузии АТФ на ишемический порог у больных с ИБС при чрепщецеводной стимуляции предсердий // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2010. – Т. 9, № 2. – С. 332–335.
8. Провоторов В.М., Шаповалова М.М. Дифференциальная диагностика болей и жжения за грудиной: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь или стенокардия? // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2007. – № 1. – С. 89–93.
9. Провоторов В.М., Шаповалова М.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ишемическая бо-
- лезнь сердца: замкнутый патологический круг (клиническое наблюдение) // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2006. – Т. 5, № 4. – С. 807–811.
10. Семенкова Г.Г., Провоторов В.М., Овсянников Е.С. Исследование кашля, вызванного гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, с применением методов туссографии и спектральной туссофонобарографии // Пульмонология. – 2006. – № 6. – С. 56–61.
11. Vakil N., Zanten S., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastro-esophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. // Amer. J. Gastroenterol. 2006, № 88, p. 1900–1920.

Статья поступила в редакцию 14.01.2015