

ISSN 2074-5044

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

Гонзарук В.И. в.п.

4/2016

☆ Военная фармация и медицинская техника

кономерностей изменения материальных и информационных потоков службы медицины катастроф в фазах подготовки, возникновения и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, что позволит обосновать и определить оптимальные размеры запасов (резервов) материальных ресурсов.

Литература

1. Болт, Г. Дж. Практическое руководство по управлению сбытом / Г. Дж. Болт; пер. с англ.; под ред. Ф. А. Кружикова. – М. – Экономика, 1991. – 271 с.
2. Гайволя, О. О. Логистична концепція організації надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях в системі управління Державної служби медицини катастроф України / О. О. Гайволя, І. В. Кочін, Е. В. Хандога // Медицина та фармацевтичні науки: стратегічні пріоритети розвитку та інноваційні рішення: Збірник матеріалів міжнар. наук.-практ. конференції (6-7 грудня 2013 р., Дніпропетровськ). – Дніпропетровськ: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2013. – С. 10-14.
3. Гайволя, О. О. Парадигма логістики надання екстреної медичної допомоги в системі управління Державної служби медицини катастроф України / О. О. Гайволя, І. В. Кочін, Е. В. Хандога // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у XXI ст.: Матеріали міжнародної наук.-практ. конференції (м. Одеса, 24-25 січня 2014 р.). – Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2014. – С. 119-123.
4. Гайволя, О. О. Поняття логістики охорони праці в системі управління Державної служби медицини катастроф України / О. О. Гайволя, І. В. Кочін, Е. В. Хандога // Сучасні наукові дослідження представників медичної науки – прогрес медицини майбутнього: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 7-8 березня, 2014 р.). – Київ: Київський медичний науковий центр, 2014. – С. 6-9.
5. Глогусь, О. Логістика: навч. посіб. / О. Глогусь. – Тернопіль: Економічна думка, 1998. – 160 с.
6. Залманова, М. Е. Закупочная и распределительная логистика: учеб. пособ. / М. Е. Залманова. – Саратов: Саратовский гос. ун-т, 1992. – 70 с.
7. Кальченко, А. Г. Логистика: навч. посіб. / А. Г. Кальченко. – К.: КНЕУ, 2000. – 148 с.
8. Кочін, І. В. Медицина катастроф: виробниче виховання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко; за ред. І. В. Кочіна. – К.: Здоров'я, 2008. – 724 с.
9. Логистика: миссия, цель, объект, предмет и проблемы и результат [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://logisticstime.com/>.
10. Логистика: учеб. пособ. / под ред. Б. А. Аникина. – М.: ИНФРА-М, 1999. – 327 с.
11. Неруш Ю. М. Логистика: учебник для вузов / Ю. М. Неруш. – 2-е изд, перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000. – 389 с.
12. Николайчук, В. Е. Основы логистики: учеб. пособие / В. Е. Николайчук. – Донецк: «Китис», 1999. – 160 с.
13. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI.
14. Про загальнодержавну цільову програму захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру на 2013-2017 роки: Закон України від 07.06.2012 р. № 4909-VI.
15. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту: постанова КМУ від 9.01.2014 р. № 211.
16. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні: наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500.
17. Эдоус, М. Методы принятия решений / М. Эдоус, Р. Стенфилд. – М.: Аудит, ЮНИТИ, 1997. – 590 с.

Поступила 8.06.2014 г.

☆ Краткие сообщения

И. И. Гончарук

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье приведен современный взгляд на проблемы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, лечение.

I. I. Gonczaryk

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: TACTICA OF TREATMENT OF PATIENTS

The paper presents a modern view of the problems of diagnosis and treatment of patients – with gastroesophageal reflux disease.

Key words: gastroesophageal reflux disease, diagnosis, treatment.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), как самостоятельная нозологическая единица, получила официальный статус в 1997 г на Международном конгрессе гастроэнтерологов и эндоскопистов в Генвале (Бельгия). С того времени термин «ГЭРБ» заменил существовавшие понятия «рефлюкс-эзофагит» и «рефлюксная болезнь».

Под ГЭРБ понимают хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное регулярно повторяющейся регургитацией в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящей к повреждению пищевода и появлению характерных симптомов: изжога, кислой отрыжки, срыгивания, ретростернальных болей, дисфагии (3).

настоящее время ГЭРБ является наиболее распространенной патологией среди заболеваний органов варения. Считается, что около четверти населения ого шара имеют ее проявления. Не случайно она ила название «болезни XXI века» в силу чрезвычайраспространенности и поражения лиц различных астных групп. Рост заболеваемости аденокарцинопищевода привел исследователей к выявлению цеипатологических изменений: ГЭРБ – пищевод Бар– аденокарцинома (4, 7).

Гастроэзофагеальный рефлюкс, с ретроградным смещением содержимого желудка в нижний отдел евода, у здоровых людей представляет собой обычавление и проходит незамеченным по несколько в день после приема пищи. Каким образом этот есвенный феномен становится ГЭРБ до сих пор остаетеясным.

Полагают, что механизмы патологического пищееного рефлюкса состоят в следующем: частота рефса более 50 раз в день, а внутрипищеводное рН еее 4,0 на протяжении более 4 ч за сутки, снижение оянного тонуса нижнего пищеводного сфинктера, ичие диафрагмальной грыжи, которая, в свою очеель, приводит к фиброзу гладкомышечных волокон корочению пищеводной трубки, увеличение внубрюшного давления, неэффективный пищеводный реенс, дуоденогастральный рефлюкс, ночной рефлюкс, вреждение тканевого барьера пищевода (4, 6, 7).

Внепищеводные проявления ГЭРБ – бронхопульмоольные (кашель, бронхиальная астма, фиброз легких) рофарингеальные заболевания (фарингит, синуситы, ицидивирующий средний отит) (12).

К наиболее характерным симптомам ГЭРБ относят и изжога, регургитация (кислая отрыжка, срыгивание), оли за грудиной и дисфагия, а наиболее распростраанными осложнениями являются рефлюкс-эзофагит, триктура пищевода, пищевод Баррета и аденокаринома (3,7).

В международной классификации X пересмотра ЭРБ отведена рубрика K21 с подразделами на ГЭРБ зофагитом (K 21.0) и без эзофагита (K 21.1).

В зависимости от характера повреждений слизиой оболочки пищевода принято различать две основые формы ГЭРБ:

1. Неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ), блаоприятно текущая – негативная рефлюксная болезнь. Она наблюдается примерно в 60 % случаев ГЭРБ. При этой форме болезни эндоскопические проявления заболевания отсутствуют или имеет место катаральный рефлюкс-эзофагит.

2. Эрозивная рефлюксная болезнь (ЭРБ). Наблюдается примерно в 40 % случаев ГЭРБ. Диагноз ее устанавливают на основании типичной клинической картины рефлюкс-эзофагита и сопровождается она обнаружением при эндоскопическом исследовании эрозий или язв на поверхности слизистой оболочки пищевода, стриктуры пищевода, пищевода Баррета (12).

Диагноз ГЭРБ определяет эзофагогастродуоденоскопия и 24-часовое мониторирование рН пищевода и желудка. ЭГДС позволяет не только дифференциро-

вать форму ГЭРБ (НЭРБ или ЭРБ), но и дать представление о степени поражения слизистой оболочки пищевода (СОП) и выявить наличие осложнений данного заболевания (стриктуры пищевода, язвенные поражения слизистой оболочки, кровотечения из эрозий, язв, формирование пищевода Баррета). Пищевод Баррета определяют при эндоскопии – смещение Z-линии вверх на 1–2 см; участки розового цвета с неровными краями и выростами среди нормального бледного плоского эпителия; «языки» перемещения желудочного эпителия более 8 см повышена опасность возникновения рака пищевода (8); верификация осуществляется при гистологическом исследовании биоптата – замещение многослойного эпителия пищевода цилиндрическим эпителием желудочного типа – цилиндрическая метаплазия с участками кишечной метаплазии (7, 8).

Суточная внутрипищеводная рН-метрия позволяет определить продолжительность эпизодов рефлюкса и проследить их связь с симптоматикой.

Лечение ГЭРБ направлено на уменьшение рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата и защиту СОП.

Разработаны эффективные рекомендации по режиму, диете и медикаментозной терапии, которые не всегда учитываются.

Пациентам необходимо после принятия пищи избегать наклонов вперед и не ложиться; спать с приподнятым головным концом кровати; не носить тесную одежду и тугие пояса, приводящие к повышению внутрибрюшного давления; избегать обильной еды и приема пищи на ночь; ограничить прием продуктов, усиливающих рефлюкс (жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые). Не курить!

Целесообразно снижение массы тела при ее избытке, по возможности отказ от приема лекарств, вызывающих рефлюкс: антихолинергические, спазмолитики, седативные, нитраты и др.

Рекомендации по медикаментозному лечению сформулированы на международном собрании экспертов-гастроэнтерологов, которое состоялось в г. Гштад (Швейцария). В Гштадских рекомендациях выделено 3 уровня оказания помощи пациентам при ГЭРБ: самопомощь (советы провизора), первичная медицинская помощь (врач общей практики) и вторичная специализированная помощь (гастроэнтеролог) (1, 2, 3).

Средствами скорой помощи при изжоге являются антациды и препараты алгиновой кислоты (5). Следует отметить, что их фармакологическое воздействие принципиально отличается.

В основе действия антацидов лежат химическая нейтрализация соляной кислоты, участие в адсорбции пепсина и желчных кислот, цитопротективное действие, которое связано с повышением содержания простагландинов в слизистой оболочке желудка, стимуляцией секреции бикарбонатов, увеличением выработки гликопротеинов желудочной слизи. Они способны предохранять эндотелий капилляров подслизистого слоя от повреждения агрессивными веществами, улучшать процессы регенерации эпителиальных клеток.

☆ Краткие сообщения

Все антацидные препараты принимаются через 1 ч после еды. Назначаются по 1 табл. или по 1 столовой ложке суспензии или пакетика 3–4 раза в сутки и перед сном.

Наиболее широко применяются невсасывающиеся антациды местного действия: маалокс, гастал, альмагель, ренни, содержащие гидроксид алюминия и магния, и фосфалюгель, в состав которого входит фосфат алюминия. Фосфалюгель вызывает более стабильный и долговременный кислотонейтрализующий эффект благодаря своей способности адсорбироваться на слизистой оболочке желудка.

При изжоге пациенты самостоятельно или по совету аптекаря принимают соду или жженую магнезию, которые относятся к всасывающимся антацидам, действуют быстро, всегда имеются под рукой и дешевы. Соду принимают по 1/3 чайной ложки, жженую магнезию по 0,5 г на прием.

Алгинаты (натуральные полисахаридные полимеры, выделенные из водорослей, содержащие алгиновую кислоту) при приеме внутрь быстро реагируют с соляной кислотой в просвете желудка, образуя алгинатный гелевый барьер на поверхности содержимого желудка, физически препятствующий возникновению гастроэзофагеального рефлюкса. По сути, они являются в первую очередь антирефлюксными препаратами. Одновременно алгинатам присущи также сорбционные свойства в отношении желчных кислот и лизолецина, что уменьшает риск развития и прогрессирования рефлюкс-гастрита. В свете изложенного алгинаты можно использовать как в качестве монотерапии, так и в комбинации с ингибиторами протонной помпы. Препараты: гавискон и гавискон форте; топалкан (топал), в состав последнего входит окись алюминия, гидрокарбонат магния, кремневый ангидрид и алгиновая кислота. Алгинаты назначают по 2–4 табл. 3–4 раза в день и на ночь.

Не достигнув необходимого эффекта от применения антацидов/алгинатов при лечении пациентов с ГЭРБ переходят на комбинированную терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП) и антацид/алгинатами. ИПП (омепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг, лансопризол 30 мг, пантопризол 40 мг, рабепразол 20 мг) – класс самых сильных антисекреторных средств. Они являются «золотым стандартом» при лечении ГЭРБ. Вначале используют низкодозовые формы ИПП с применением препарата 1 раз в сутки от 4 до 8 нед. По истечении данного срока и отсутствии достижения полного клинического эффекта терапии рекомендуют прием ИПП в дозе 2 раза в сутки в течение 4 нед, после чего дозу уменьшают. Поддерживающая терапия в дальнейшем с ежедневным приемом 1 табл. ИПП (или половины ее) в течение 12 нед обеспечивает ремиссию у 90 % пациентов в течение года независимо от исходной тяжести эзофагита (7).

Следующим компонентом фармакотерапии ГЭРБ являются прокинетики (4). Средства этой группы оказывают лечебный эффект при нарушении моторики преимущественно верхних отделов пищеварительного тракта. Они обладают способностью усиливать антропилическую моторику, которая приводит к повышению тонуса нижнего пищевода сфинктера, уменьшению изжоги и более ускоренной эвакуации желудочного и дуоденального содержимого.

Из прокинетиков применяют метоклопрамид, перидон (мотилиум) и итоприд. Предпочтение отдают итоприду в силу его большей эффективности и отсутствия побочных эффектов.

В отличие от домперидона (однаправленного антагониста дофаминовых D2-рецепторов) центра дофаминолитик итоприд имеет двойной механизм действия, являясь антагонистом D2-рецепторов, он одновременно активизирует высвобождение ацетилхолина. Последний эффект реализуется за счет ингибирования ацетилхолинэстеразы. Такой двойной профиль нечетического механизма действия делает итоприд более перспективным препаратом для лечения ГЭРБ. Его назначают по 50 мг 3 раза в день за 30 мин до приема пищи.

Повышение эффективности терапии ГЭРБ может быть достигнуто применением частичного агониста 5HT4-рецепторов тегасерода, который имеет дополнительный прокинетический эффект на желудочно-кишечный тракт. Применение тегасерода в дозе 6 мг 2 раза вызвало значительное сокращение времени нахождения желудочного рефлюксата в пищеводе с повышением пищевода клиренса и уменьшением частоты слаблений нижнего пищевода сфинктера (10).

Эрадикация *H.pylori* в желудке не приводит к ремиссии ГЭРБ и не позволяет предупредить ее рецидивы, поэтому принимать антихеликобактерные препараты не является необходимым в лечении ГЭРБ. Более того, длительная контаминация слизистой оболочки желудка *H.pylori* приводит со временем к развитию атрофического процесса и снижению кислотности в желудке, что существенно уменьшает вероятность развития ГЭРБ, пищевода Баррета и аденокарциномы пищевода.

Разработано хирургическое лечение ГЭРБ – лапароскопическая фундопликация, которая нередко сопровождается развитием дисфагии; летальность не превышает 1 %. Оптимально принятие решения об операции при необходимости кардиолога, пульмонолога, отоларинголога, психиатра.

Показания к хирургическому вмешательству следующие (6):

- сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы ГЭРБ, несмотря на оптимальную терапию;
- отрицательное воздействие на качество жизни из-за зависимости от приема медикаментов или из-за их побочными эффектами;
- наличие тяжелых осложнений ГЭРБ (пищевод Баррета, рефлюкс-эзофагит III или IV степени, язва пищевода, стриктура);
- ограничения качества жизни или наличие осложнений, связанных с грыжей пищевода и диафрагмы.

Таким образом, понимание основных причин развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и наличие достаточно широкого спектра действенных лекарственных средств для ее купирования позволяют добиться успехов в лечении и улучшить качество жизни пациентов, и лишь изредка приходится прибегать к лапароскопической фундопликации.

Литература

1. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Г. Л. Лапиной. - М.: 2008. - 704 с.
2. Клиническая фармакология: национальное руководство / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепяхина, Э. И. Петрова. - М.: 2009. - 976 с.
3. Лазебник, Л. Б., Бородин Д. С., Машарова А. А. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2007. - № 5. - С. 4-10.
4. Маев, И. В., Дичева Д. Г., Андреев Д. Н. и др. // Медицинский совет. - 2014. - № 4. - С. 66-70.
5. Пахомова, И. Г. // РМЖ. - 2015. - № 21. - С. 1249-1252.
6. Ткаченко, Е. И., Жигалова Т. Н., Орешко Л. С., Ситков С. И. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2015. - № 3. - С. 10-17.

7. Щербина, М. Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. - Киев. - 2013. - 116 с.
8. Эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта. - Методические рекомендации / СПб: 2006. - 178 с.
9. Dent, J., Brun J., Fendric A. M. et al. // Gut. - 1999. Vol. 44 (Suppl. 2). - S. 1-16.
10. Kahrilas, J., Quigley E. M., Castell D. O., Spechler S. J. // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2000. - Vol. 14. - P. 1503-1509.
11. Tutgat, G. N., Mccol K., Task J. et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2008. - Vol. 27 (3). - P. 249-256.
12. Vakil, N., van Zanden S. V., Kahrilas P. et al. // Am. J. Gastroenterol. - 2006. - Vol. 101. - P. 19-1920.

Поступила 17.06.2016 г.

Случай из практики ☆

И. В. Загашвили, А. Н. Януль, Е. В. Титкова

**РЕЗЕРВЫ И ВАРИАНТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГАСТРОПАТИЙ,
ИНДУЦИРОВАННЫХ КРАТКОСРОЧНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ
НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ.
АКЦЕНТ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ОТЕЧЕСТВЕННОГО
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА**

Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ»

В статье приводятся собственные клинические наблюдения гастропатий, индуцированных краткосрочным приемом нестероидных противовоспалительных средств. В статье также обращено внимание на факторы риска НПВС-гастропатий и методы профилактики. Обсуждаются возможности их профилактики с акцентом на лекарственные средства отечественного фармацевтического рынка (диклопентил, гроцепрол, стиллен).

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные средства, НПВС-гастропатия, профилактика, гастроцитопротекция.

I. V. Zagashvili, A. N. Yanul, E.V. Titkova

**RESERVES AND OPTIONS FOR PREVENTION OF GASTROPATHY INDUCED
BY SHORT TERM USE OF NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS.
THE EMPHASIS ON THE DRUGS DOMESTIC PHARMACEUTICAL MARKET**

The article provides its own clinical observations gastropathy induced by short-term use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. The article also drew attention to the risk factors for NSAID-gastropathy and preventive methods. The possibilities of their prevention with a focus on medicines domestic pharmaceutical market (diklopentil, grotseprol, stillen).

Key words: nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAID-gastropathy, prevention, gastrotsitoprotektor.

В настоящее время для лечения пациентов с воспалительным и болевым синдромами различного генеза широко применяются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): около 1,2% населения во всем мире принимает НПВС регулярно, значительное количество людей пользуется ими периодически в качестве обезболивающих и противовоспалительных лекарственных средств (ЛС).

Согласно классификации НПВС, выделяют: неселективные (неспецифические) ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2; ЛС с преимущественным влиянием на ЦОГ-2; коксибы (специфические ингибиторы ЦОГ-2). НПВС чрезвычайно широко востребованы у пациентов, страдающих различными заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани. НПВС относятся к числу наиболее важных симптом-модифицирующих лекарственных средств.