

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

© 2006 г. Г.В. Шавкута

Необходимость совместных действий врача общей практики и специалиста – гастроэнтеролога – в вопросах диагностики и лечения данной патологии связана с увеличением количества больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) [1], увеличением частоты тяжелых случаев рефлюкс-эзофагитов, в том числе пищевода Баррета [2].

Цель исследования – изучить эффективность ведения пациентов с ГЭРБ в реальной клинической практике. Оценить выполнение стандартов диагностики и лечения ГЭРБ в амбулаторной практике.

Материалы и методы. Проанкетированы 45 врачей, проходящих обучение на 6-месячном цикле специализации по общей врачебной практике (семейной медицине). Все врачи, участвующие в анкетировании, это работники первичного звена здравоохранения сельских районов Ростовской области. Докторам необходимо было ответить на вопросы, касающиеся диагностики и лечения ГЭРБ.

Результаты. Анкетирование показало, что 48,8 % врачей не ставят диагноз ГЭРБ. В каждом 5-м случае это связано с невозможностью выполнения ФГДС. В 30 % случаев играет роль отсутствие необходимых и достаточных знаний у врача первичного звена по вопросам диагностики и лечения ГЭРБ. 71 % врачей ставят диагноз на основании жалоб, анамнеза и данных ФГДС. С современными классификациями болезни (Лос-Анджелесская, по Savary-Miller) знакомы только 4,4 % врачей (2 чел.). 39 % врачей считают, что заболевание можно диагностировать на основании данных объективного обследования, 15 % – на основании данных лабораторных показателей крови. В 100 % случаев врачи не знают о существовании неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (НГЭРБ).

Для лечения пациентов с ГЭРБ врачи используют ингибиторы протонной помпы (ИПП) (80 %), прокинетики (70 %), H₂-блокаторы гистамина (33,3 %), антациды (62,2 %), спазмолитики (20 %), ферменты (26,6 %), седативные (2,2 %), НПВП (2,2 %), анальгетики (2,2 %), антибиотики (2,2 %). Это еще раз свидетельствует о том, что они не знают стандарты лечения ГЭРБ. Доктора не смогли правильно ответить на вопрос о том, «что такое «поддерживающая терапия» ГЭРБ?» 33 % – не дали ответа, 67 – ответили, что это назначение ИПП на период от 2 до 12 мес.

Выводы. Врачи амбулаторно-поликлинического звена не знают стандартов диагностики и лечения ГЭРБ, не имеют представления о НГЭРБ. У врачей общей практики должны быть четкие знания по этим вопросам. Все вышеуказанное диктует необходимость введения дополнительных лекционных часов и практических занятий на циклах специализации и общего усовершенствования по общей врачебной (семейной) практике для ознакомления врачей со стандартами диагностики и лечения ГЭРБ, а также с ситуациями, которые требуют обязательного консультирования пациента специалистом-гастроэнтерологом. Своевременная диагностика болезни врачом первичного звена на самом раннем этапе и правильно назначенное лечение позволят предупредить развитие у пациентов тяжелых форм ГЭРБ и опухолей пищевода.

Литература

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода и желудка: Краткое справочное руководство. М., 2002.
2. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей / Под общей ред. В.Т. Ивашкина. М., 2003.