



Гастроентерологія

Гепатологія

Колопроктологія



№ 1(63)-2(64) 2022 р.

12 750 примірників*

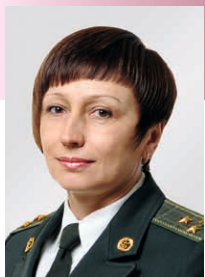
Передплатний індекс 37635



Доктор медичних наук,
професор
Сергій Ткач

**Міфи та помилки
при веденні хворих
із хронічним
ідіопатичним запором**

Читайте на сторінці **9**



Доктор медичних наук,
професор
Галина Осьодло

**Новітні можливості
гепатотропної
терапії**

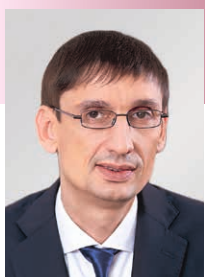
Читайте на сторінці **11**



Доктор медичних наук,
професор
Андрій Дорофєєв

**Типові помилки
при веденні хворих
із синдромом
позраженого кишечника**

Читайте на сторінці **3**



Кандидат медичних наук
Олег Швець

**Зовнішньосекреторна
недостатність
підшлункової залози
при цукровому діабеті:
патогенез, клінічні прояви
та принципи лікування**

Читайте на сторінці **15**



Рекомендації

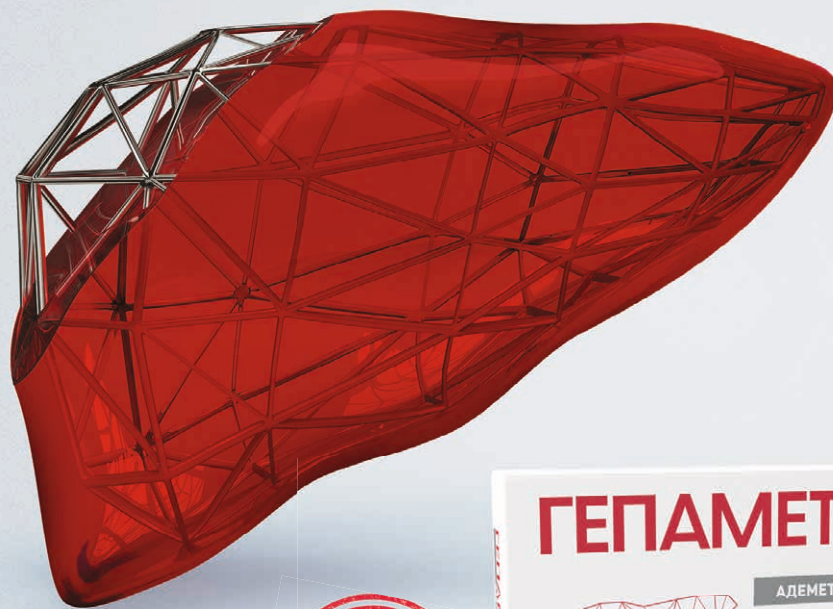
**Сучасні підходи
до діагностики та лікування
гастроєзофагеальної
рефлюксної хвороби**

Читайте на сторінці **12**

ГЕПАМЕТІОН®

ПЕРШИЙ ТА ЄДИНИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ
АДЕМЕТІОНІН В ДОЗУВАННІ

500 МГ



ПРОГНОЗОВАНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ПЕЧІНКИ

Адеметіонін:

- ▶ Є ключовою ланкою в реакціях детоксикації в печінці*
- ▶ Стимулює регенерацію клітин та проліферацію гепатоцитів*
- ▶ Має антиоксидантну дію*

Лікарський засіб **Гепаметон®**, ліофілізат для розчину для ін'єкцій

Склад: 1 флакон з ліофілізатом містить: S-аденозил-L-метіоніну 1,4 бутандисульфату 949 мг у перерахованій на адеметіоніну катіон — 500 мг; 1 ампула з розчином містить: L-лізин, натрію гідроксид, вода для ін'єкцій. **Лікарська форма.** Ліофілізат для розчину для ін'єкцій. **Показання.** Внутрішньочепітковий холестаз у дорослих, у тому числі у хворих на хронічний гепатит різної етіології та цироз печінки; внутрішньочепітковий холестаз у вагітних. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини препарату (див. розділ «Склад»). Генетичні дефекти, що впливають на метіоніний цикл та/або сприяють гомоцистемії та/або гіпергомоцистемії (наприклад, недостатність цистатіонін-β-синтази, дефект метаболізму вітаміну B₁₂). **Спосіб застосування та дози.** Для внутрішньочепіткового або внутрішньовенного застосування ліофілізованій порошок необхідно розчинити у спеціальному розчиннику, що додається, безпосередньо перед застосуванням. **Початкова терапія.** Внутрішньочепітково або внутрішньовенно: рекомендована доза становить 5–12 мг/кг маси тіла на добу впродовж 2 тижнів. Звичайна початкова доза становить 500 мг/добу, загальна добова доза не має перевищувати 1000 мг. Для внутрішньочепіткового введення необхідну дозу адеметіоніну потрібно діли на 250 мл 0,9% розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози та проводити інфузію повільно впродовж 1–2 годин. Невикористовану частину розчину потрібно викинути. **Побічні реакції.** У ході клінічних досліджень адеметіонін застосовували близько 2000 пацієнтів. Найчастіше під час лікування адеметіоніном повідомляли про головний біль, діарею та нудоту. З боку шлунково-кишкового тракту: часті — біль у животі, діарея, нудота; нечасті — сухість у роті, диспепсія, метеоризм, шлунково-кишковий біль, шлунково-кишкова кровотеча, шлунково-кишкові розлади, блювання, езофатит; рідкі — здуття живота. Загальні розлади та реакції у місці введення: часті — астенія; нечасті — набряк, гіпертермія, озноб, реакції у місці введення, некроз у місці введення; рідкі — нещадання. З боку імунної системи: нечасті — гіперчутливість, анафілактоїдні реакції або анафілактичні реакції (наприклад, гіперермія, диспноє, бронхоспазм, біль у спині, дискомфорт у грудній клітці, зміни артеріального тиску (гіпотензія, гіпертензія) або частоти пульсу (тахікардія, брадикардія)). Інфекції та інвазії: нечасті — інфекції сечовивідних шляхів. З боку опорно-рухової системи та сполучної тканини: нечасті — артралгія, м'язові судороги.

* Н.В. Хорченко. Адеметіонін та його роль в антиоксидантному захисті при хронічних дифузних захворюваннях печінки. — Здоров'я України, тематичний № 2, травень 2014.

Інформація виключно для медичних та фармацевтичних працівників. Для використання у професійній діяльності. Розповсюджується на спеціалізованих конференціях, семінарах, симпозіумах з медичної тематики. Інформація наведено у скороченому вигляді, повна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування ЛЗ Гепаметон®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій (РЛ: № UA/18995/01/01 від 07.10.2021 до 07.10.2026) та ЛЗ Гепаметон®, таблетки кишковорозчинні (РЛ: № UA/19198/01/01 від 10.02.2022 до 10.02.2027). Виробник: АТ «Галичфарм» (виробництво розчинника), Україна, АТ «Київмедпрепарат» (виробництво таблеток та ліофілізату, випуск серії готового лікарського засобу), Україна. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 30.09.2022 р.

Лікарський засіб **Гепаметон®**, таблетки кишковорозчинні

Склад: 1 таблетка містить 949 мг S-аденозил-L-метіоніну 1,4 бутандисульфату, що відповідає 500 мг адеметіоніну катіону; **Лікарська форма.** Таблетки кишковорозчинні. **Показання.** Внутрішньочепітковий холестаз у дорослих, у тому числі у хворих на хронічний гепатит різної етіології та цироз печінки. Внутрішньочепітковий холестаз у вагітних. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини препарату (див. розділ «Склад»). Генетичні дефекти, що впливають на метіоніний цикл та/або сприяють гомоцистемії та/або гіпергомоцистемії (наприклад, недостатність цистатіонін-β-синтази, дефект метаболізму вітаміну B₁₂). **Спосіб застосування та дози.** Початкова терапія. Перорально (всередину): рекомендована доза становить 10–25 мг/кг маси тіла на добу. Звичайна початкова доза становить 800 мг/добу, загальна добова доза не має перевищувати 1600 мг. Підтримуюча терапія. Застосовувати перорально 800–1600 мг/добу. Індивідуальна початкова та підтримуюча доза повинна визначатися лікарем залежно від маси тіла і тяжкості захворювання, а також з урахуванням наявних дозуювальних препаратів в об'єкті. Привласність терапії залежить від тяжкості та перебігу захворювання та визначається лікарем індивідуально. **Побічні реакції.** В ході клінічних досліджень адеметіонін застосовували приблизно 2000 пацієнтів. Найчастіше під час лікування адеметіоніном повідомляли про головний біль, діарею та нудоту. З боку шлунково-кишкового тракту: часті — біль у животі, діарея, нудота; нечасті — сухість у роті, диспепсія, метеоризм, шлунково-кишковий біль, шлунково-кишкова кровотеча, шлунково-кишкові розлади, блювання, езофатит; рідкі — здуття живота. З боку імунної системи: нечасті — гіперчутливість, анафілактоїдні реакції або анафілактичні реакції (наприклад, гіперермія, диспноє, бронхоспазм, біль у спині, дискомфорт у грудній клітці, зміни артеріального тиску (гіпотензія, гіпертензія) або частоти пульсу (тахікардія, брадикардія)). Інфекції та інвазії: нечасті — інфекції сечовивідних шляхів. З боку опорно-рухової системи та сполучної тканини: нечасті — артралгія, м'язові судороги. З боку нервової системи: часті — головний біль, нечасті — запаморочення, парестезія, дисгевзія.

Виробниками продукції під ТМ «Артеріум» є АТ «Київмедпрепарат» та АТ «Галичфарм»

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей





Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!

Ми у соцмережах:



[@MedicnaGazetaZdorovaUkraini](https://www.facebook.com/MedicnaGazetaZdorovaUkraini)



t.me/HealthUAcom



[@healthUAcom](https://twitter.com/healthUAcom)



Оновлені рекомендації EASL із застосування неінвазивних тестів для оцінки тяжкості захворювань печінки різної етіології



Кількість пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки (ХЗП) неухильно зростає. Також зростає і кількість їхніх ускладнень – фіброзу та цирозу печінки, розвиток та тяжкість яких корелює з подальшим прогнозом перебігу захворювання та життя пацієнта. Золотим стандартом діагностики цирозу та фіброзу печінки залишається біопсія, але це обстеження має обмеження та недоліки: вплив людського фактору на проведення процедури та оцінку результатів, інвазивність та, як наслідок, можливі ускладнення, висока вартість. Тому розробка та використання неінвазивних, дешевших та більш простих методів діагностики фіброзу та цирозу печінки дуже важливі. Водночас ці дослідження повинні бути максимально точними та легко відтворюваними, адже фіброз – це динамічний процес, який із часом може як регресувати, так і посилюватися. Неінвазивні тести (НІТ) також повинні забезпечувати прогностичну інформацію про стадію фіброзу та його ускладнення, подальший перебіг захворювання та смертність.

Можливості використання НІТ для різних клінічних ситуацій у контексті ХЗП були представлені в рекомендаціях Європейської асоціації з вивчення печінки (European Association for the Study of the Liver – EASL) «Оновлені рекомендації із застосування НІТ для оцінки гостроти та прогнозу захворювань печінки» (EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver diseases severity and prognosis – 2021 update).

EASL – це одна з провідних медичних організацій в Європі, яка займається вивченням патології печінки. Її робота перш за все присвячена удосконаленню та розробці досліджень, створенню та оновленню рекомендацій щодо діагностики та лікування захворювань печінки. Також важливим є освітній напрямок роботи для всіх, хто цікавиться темою гепатології.

До НІТ, які використовуються при ХЗП, належать:

- аналізи крові (запатентовані та незапатентовані сироваткові маркери фіброзу, лабораторні показники);
- оцінка фізичних властивостей тканини печінки за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) та еластографії. Найбільш широко в цих цілях застосовується транз'єнтна еластографія (ТЕ);
- методи візуалізації, які допомагають оцінити анатомію печінки та інших абдомінальних органів, – УЗД, комп'ютерна

томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Ці дослідження можуть застосовуватися при різних захворюваннях печінки. Водночас усі результати НІТ, біопсії чи інших діагностичних методів повинні бути інтегровані між собою для встановлення коректного діагнозу та стратифікації ризиків.

Важливими аспектами використання НІТ є доступність, вартість та можливість застосування на різних рівнях медичної допомоги. Сироваткові тести широко використовуються, однак їхні результати можуть бути спотворені захворюваннями інших органів чи певними функціональними станами. На результати ТЕ можуть впливати наявність запальних процесів у гепатобіліарній зоні, обструктивний холелітіаз, венозний тромбоз, вживання їжі та заняття спортом напередодні обстеження. Тому рекомендовано утриматися від прийому їжі та тренувань мінімум за 2-3 години до його проведення.

Використання НІТ також має певні системні обмеження. Зокрема, ефективність більшості НІТ для використання на первинній ланці надання медичної допомоги, а також в якості скринінгу в загальній популяції не перевірялася. НІТ мають низьку діагностичну цінність для виявлення фіброзу легкого та середнього ступеня і для визначення ступеня фіброзу загалом. Наразі бракує доказів ефективності НІТ

для діагностики субклінічних запальних процесів печінки та ступеня портальної гіпертензії при компенсованому тяжкому ХЗП (КТХЗП; compensated advanced chronic liver disease, cACLD).

Варто зазначити, що термін КТХЗП був запропонований як альтернатива для пацієнтів із ХЗП із ризиком розвитку клінічно значущої портальної гіпертензії (КЗПГ), щоб краще відобразити ступінь тяжкого фіброзу і цирозу печінки у безсимптомних пацієнтів. Відповідно до критеріїв, розроблених консенсусною конференцією Baveno VI, показники жорсткості печінки (Liver stiffness measurement, LSM) зі значенням ≥ 10 кПа можуть свідчити про розвиток КТХЗП, при LSM ≥ 15 кПа є висока ймовірність КТХЗП.

Структура рекомендацій базується на етіологічному підході до патології печінки, оскільки це дозволяє порівнювати інформацію щодо гомогенних груп пацієнтів, а також бракує доказів щодо доцільності використання НІТ при мультифакторіальних захворюваннях, що супроводжуються ураженням печінки.

Основні теми, які були розглянуті в цих рекомендаціях: ідентифікація випадків тяжкого фіброзу в загальній популяції та з огляду на низьку поширеність цієї патології серед населення, оцінка тяжкості та прогнозу захворювання у пацієнтів, що зловживають алкоголем, із хронічним вірусним гепатитом С (HCV) після досягнення стійкої вірусологічної відповіді (sustained virological response, SVR), неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП), неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ), холестатичними та аутоімунними захворюваннями печінки (первинний біліарний холангіт, ПБХ; первинний склерозуючий холангіт, ПСХ; аутоімунний гепатит, АІГ), із КТХЗП та портальною гіпертензією.

Використання НІТ у загальній популяції

• НІТ повинні використовуватися більше з метою виключення фіброзу печінки, ніж для його діагностики при низькій поширеності серед населення (рівень доказовості – РД – 1, сильна рекомендація);

• НІТ повинні застосовуватися в осіб із групи ризику розвитку поширеного фіброзу печінки, наприклад, у пацієнтів із метаболічними факторами ризику та/або у тих, хто зловживає алкоголем (РД 2, сильна рекомендація);

• визначення рівнів аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ) та рівня тромбоцитів повинне проводитися на первинній ланці медичної допомоги в усіх пацієнтів, в яких підозрюється захворювання печінки (РД 2, сильна рекомендація);

• у пацієнтів, які мають ризики запущеного фіброзу печінки, а також метаболічні

фактори ризику та/або у тих, хто зловживає алкоголем, на первинній ланці рекомендується систематичне проведення тесту fibrosis-4 (FIB-4) для того, щоб провести стратифікацію ризиків та визначити подальшу терапевтичну тактику (РД 1, сильна рекомендація);

FIB-4 – це онлайн-калькулятор, який враховує вік пацієнта, рівні АЛТ, АСТ та тромбоцитів. Проте слід пам'ятати, що цей показник містить непрямі маркери пошкодження печінки. Якщо є підозра, що у пацієнта наявний фіброз печінки, а НІТ при цьому демонструють нормальні показники, слід більш ретельно обстежити пацієнта за допомогою інших методів;

• особам із ризиком запущеного фіброзу печінки через метаболічні фактори та/чи зловживання алкоголем повинні проводити стратифікацію ризиків за допомогою НІТ (РД 1, сильна рекомендація);

• вибір методики НІТ та розробка маршруту пацієнта мають відбуватися у тісній співпраці з фахівцями, які спеціалізуються на захворюваннях печінки (РД 3, сильна рекомендація).

Алгоритм використання НІТ у загальній популяції з метою відбору пацієнтів для подальшого дообстеження та діагностики й визначення ступеня фіброзу представлений на рис. 1.

Алкогольна хвороба печінки

• У пацієнтів із алкогольною хворобою печінки (АХП) та показниками LSM за ТЕ < 8 кПа рекомендовано виключити наявність запущеного фіброзу, з повторними проведеннями ТЕ під час подальшого спостереження. Якщо це неможливо, можна використовувати інші НІТ. Зокрема, запатентовані тести ELFTM ($< 9,8$), FibroMeterTM ($< 0,45$), FibroTest[®] ($< 0,48$), незапатентований – FIB-4 ($< 1,3$). У дужках перераховані порогові нормальні показники тестів. Якщо отримані дані нижче за ці показники, то з великою ймовірністю можна виключити можливість розвитку тяжкого фіброзу (РД 3, сильна рекомендація).

• У пацієнтів із АХП та показниками LSM за ТЕ $> 12-15$ кПа можна підтвердити наявність запущеного фіброзу печінки після детального розгляду всіх причин можливого хибнопозитивного результату (РД 2, сильна рекомендація).

• У пацієнтів із підвищеними показниками жорсткості печінки та біохімічними показниками, що свідчать про запальний процес у гепатобіліарній ділянці (збільшення рівнів АСТ чи гамаглутамілтрансферази – ГГТП), рекомендовано повторити LSM за ТЕ через тиждень після початку утримання від вживання алкоголю або хоча б зменшення його дози (РД 3, сильна рекомендація).

HCV після SVR/антивірусної терапії

• НІТ, LSM за ТЕ та інші методики еластографії неефективні для визначення регресу фіброзу після SVR у пацієнтів із HCV та попередньою антивірусною терапією. Тому їх рутинне використання не рекомендоване (РД 3, сильна рекомендація).

• LSM за ТЕ, що використовувалися для пацієнтів із нелікованим HCV, не повинні використовуватися для визначення ступеня фіброзу печінки після SVR (РД 3, сильна рекомендація).

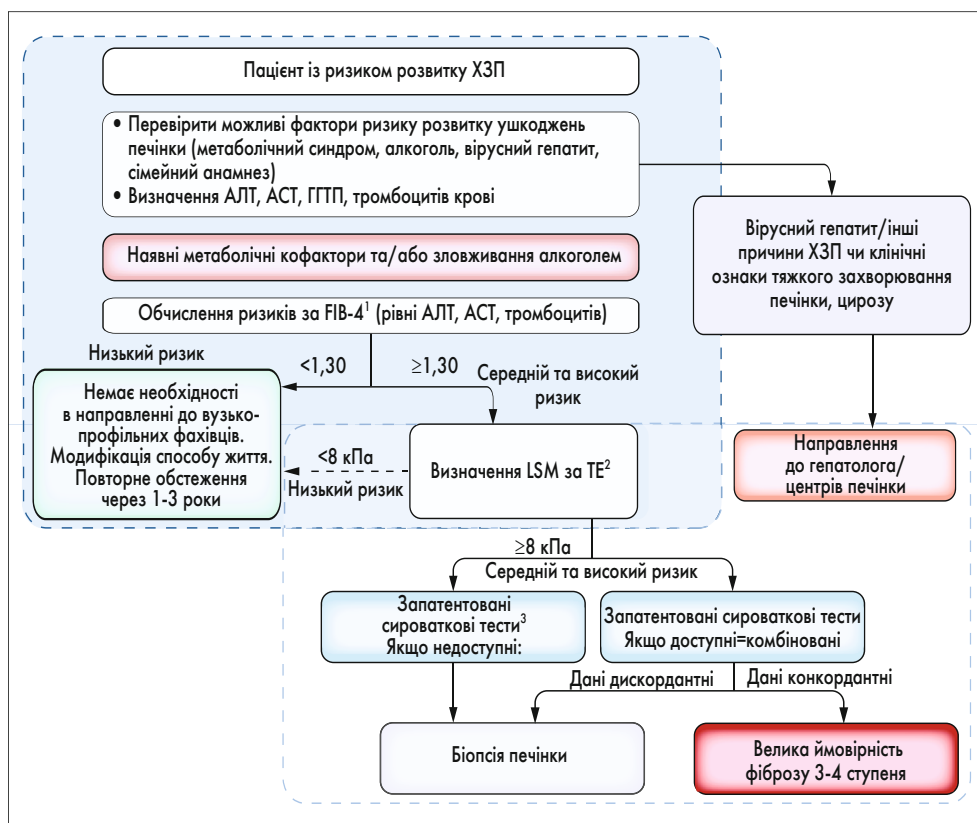


Рис. 1. Алгоритм використання НІТ на первинному рівні надання медичної допомоги.
А) Обчислення FIB-4 при метаболічних кофакторах чи зловживанні алкоголем може використовуватися для відбору пацієнтів, які потребують направлення до гепатолога чи в центри печінки.
Б) Визначення LSM за ТЕ та FIB-4 може проводитися як до, так і після направлення пацієнтів до вузькопрофільних фахівців (залежно від локальних протоколів). В) Запатентовані сироваткові тести: ELFTM (enhanced liver fibrosis); FibroMeter, Fibrotest

Мезим[®], а відтепер ще і *в капсулах!*¹

Ціну знижено!*



Міні-таблетки¹

Мезим[®] капсули 10000/25000

Діюча речовина: порошок із підшлункових залоз

Інформація про безрецептурний лікарський засіб для фахівців охорони здоров'я. Перед прийомом обов'язково ознайомтесь з повною інструкцією¹ для медичного застосування Мезим капсули 10000/25000 від 25/02/2020 РП № UA/6763/01/01 та № UA/6763/01/02 (особливо розділи «Протипоказання» та «Побічні реакції»). **Діюча речовина.** порошок з підшлункових залоз (свиней); МЕЗИМ[®] КАПСУЛИ 10000: 1 капсула тверда містить порошку з підшлункових залоз (свиней) 153,5 (98,3-178,6) мг, що має мінімальну ліполітичну активність 10000 ОД ЄФ (одиниці Європейської фармакопеї), мінімальну амілолітичну активність 9000 ОД ЄФ, мінімальну протеолітичну активність 500 ОД ЄФ; МЕЗИМ[®] КАПСУЛИ 25000: 1 капсула тверда містить порошку з підшлункових залоз (свиней) 356,1 (245,6-446,66) мг, що має мінімальну ліполітичну активність 25000 ОД ЄФ, мінімальну амілолітичну активність 22500 ОД ЄФ, мінімальну протеолітичну активність 1250 ОД ЄФ. **Показання.** Порушення екзокринної функції підшлункової залози, що супроводжуються порушенням травлення. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини, мяса свиней (алергія на свинину) або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу. Гострий панкреатит або хронічний панкреатит у стадії загострення. Проте, якщо розлади травлення зберігаються, епізодичний прийом препарату є доцільним у фазі затухаючого загострення при розширенні дієти. **Спосіб застосування та дози.** Дозу потрібно підбирати індивідуально, відповідно до тяжкості порушення травлення та кількості жирів, що входять до складу їжі. Рекомендована доза на прийом їжі: 2-4 капсули препарату МЕЗИМ[®] КАПСУЛИ 10000 (відповідає 20000-40000 ОД ЄФ ліпази) або 1 капсула препарату МЕЗИМ[®] КАПСУЛИ 25000 (відповідає 25000 ОД ЄФ ліпази). Зазвичай рекомендованою дозою є доза ліпази 20000-50000 ОД ЄФ на прийом їжі, але залежно від виду їжі, а також від ступеня тяжкості розладів травлення доза препарату може бути більшою. **Побічні реакції.** Дуже рідко: біль у животі, нудота, діарея, дискомфорт у животі, блювання.

¹ Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Мезим[®] капсули 10000 / Мезим[®] капсули 25000, наказ МОЗ України №527 від 25/02/2020, РП № UA/6763/01/01 та № UA/6763/01/02.

* знижено ціни на Мезим[®] капсули 10000 і Мезим[®] капсули 25000 для дистрибуторів. Більше інформації - запитуйте у представників компанії «Берлін Хемі/ А. Менаріні Україна ГмбХ».

Виробник: Берлін Хемі АГ, Глінкер Вег 125, 12489, Берлін, Німеччина.
Адреса Представництва «Берлін Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ» в Україні – м.Київ, вул. Березняківська, 29.
Тел.: +38 (044) 494-33-88, факс: +38 (044) 494-33-89
UA_MEZ_25_2020_V1-print затв. 26/11/2020.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

З М І С Т

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Лапароскопічна хірургія:

міфи та реальність

Ю.М. Кондрацький, О.Ю. Добржанський, А.В. Колесник та ін. 10

Зовнішньосекреторна недостатність

підшлункової залози при цукровому діабеті:

патогенез, клінічні прояви та принципи лікування

О.В. Швець 15

Проблема менеджменту пацієнтів

із харчовою анафілаксією: система оцінки

тяжкості симптомів 16-17

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Типові помилки при веденні хворих

із синдромом подразненого кишечника

С.М. Ткач, А.Е. Дорофєєв 3

Міфи та помилки при веденні хворих

із хронічним ідіопатичним запором

С.М. Ткач 9

Сучасні підходи до діагностики та лікування

гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби:

оновлені рекомендації 12-13

ГЕПАТОЛОГІЯ

Оновлені рекомендації EASL із застосування

неінвазивних тестів для оцінки тяжкості

захворювань печінки різної етіології 4-5

Новітні можливості гепатотропної терапії

За матеріалами XIV Українського

гастроентерологічного тижня

Г.В. Осьодло, О.О. Бондаренко 11

Вірусний гепатит у дорослих

Стандарти медичної допомоги 19-22

ПАНКРЕАТОЛОГІЯ

Ад'ювантні можливості біорегуляційного підходу

до ведення пацієнтів із хронічним панкреатитом

Л.С. Бабінець 18

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Доступ до медичних послуг в Україні

після 8 місяців війни 14

Медична допомога в окупації:

як працює система охорони здоров'я

на тимчасово непідконтрольних територіях 18

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер
«Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України**О.Я. Бабак**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету**Г.М. Бутенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор Інституту генетичної та регенеративної медицини НАМН України**Б.М. Венцківський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця**Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, ректор Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика**С.І. Герасименко**, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»**І.І. Горпинченко**, д. мед. н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології**Д.І. Заболотний**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віцепрезидент НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»**Д.Д. Іванов**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика**В.М. Коваленко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віцепрезидент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України»**В.В. Корпачов**, д. мед. н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України**Б.М. Маньковський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика**Ю.М. Мостовой**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова**В.І. Паньків**, д. мед. н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України**О.М. Пархоменко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України»**Н.В. Пасєчнікова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»**С.С. Страфун**, д. мед. н., професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»**С.М. Ткач**, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України**І.М. Трахтенберг**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології Інституту медицини праці НАМН України**М.Д. Тронько**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віцепрезидент НАМН України, директор Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України**Ю.І. Феценко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»**Н.В. Харченко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика**В.І. Цимбалюк**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України**В.П. Черних**, д. фарм. н., д. хім. н., професор, член-кореспондент НАН України**М.Б. Щербиніна**, д. мед. н., професор, декан факультету медичних технологій діагностики та реабілітації Дніпровського національного університету ім. Олеся ГончараМедична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво ТОВ «Рекламна агенція «Медичні видання»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Ігор Іванченко**
ШЕФ-РЕДАКТОР **Анна Хиць**Свідоцтво КВ №14867-3838Р від 15.01.2009 р.
Передплатний індекс 37635

Адреса для листів:

вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123.

E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Редакція a.khyts@health-ua.com

Відділ маркетингу chaplyzhenko@health-ua.com

Відділ передплати та розповсюдження podpiska@health-ua.com

Газету віддруковано: ТОВ «ПЕЙПЕРІНО»

вул. Сім'ї Прахових, буд. 27, м. Київ, 01033.

Підписано до друку: жовтень 2022 р.

Замовлення № 1801122.

Наклад 12 750 прим.

Юридично підтверджений наклад.

Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.

С.М. Ткач, д. мед. н., професор, Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України, м. Київ

Міфи та помилки при веденні хворих із хронічним ідіопатичним запором

Незважаючи на досягнення в медикаментозній терапії хронічного ідіопатичного запору (ХІЗ), цей стан досі залишається дуже частою причиною звернення по медичну допомогу, включаючи спеціалізоване гастроентерологічне обстеження. Більшість епідеміологічних досліджень свідчить про те, що поширеність ХІЗ (або функціонального запору) у популяції становить близько 15%. Запор частіше зустрічається у жінок, ніж чоловіків (2-3:1), літніх людей та осіб із низьким соціально-економічним статусом. На жаль, незважаючи на широкі знання щодо ХІЗ, як і раніше, зберігаються плутанина та численні помилки у визначенні цього стану, його діагностики, лікування та принципів ведення хворих. Нижче розглянуті основні міфи та помилки у діагностиці та лікуванні ХІЗ, що існують як серед лікарів, так і серед пацієнтів.



С.М. Ткач

✓ **Міф 1: частота дефекації — найважливіший критерій встановлення діагнозу ХІЗ**

Відомо, що частота випорожнення кишкового тракту у здорових людей відрізняється. Нещодавно опубліковане американське Національне обстеження здоров'я та харчування підтвердило, що у нормі частота дефекації становить від 3 р/день до 3 р/тиждень [1, 2]. Крім того, форма випорожнень у здорових людей також варіює (за Бристольською шкалою — 3-5-й типи у чоловіків та 2-6-й — у жінок). Хоча частота дефекації менше 3 р/тиждень вважається одним із симптомів ХІЗ, має місце погана кореляція між інтерпретацією цього симптому та звітом пацієнта про симптоми. Нещодавнє дослідження показало, що пацієнти, які відповідають критеріям ХІЗ на основі симптомів, насамперед скаржилися на надмірне напруження при дефекації, тверді випорожнення та необхідність застосування проносних, а не на зниження частоти дефекації. Лише 27% пацієнтів із самоозначкою ХІЗ, яка відповідає Римським критеріям ІV для ХІЗ, вважали зниження частоти дефекації важливим симптомом. Хоча дослідження незмінно демонструють, що це захворювання асоціюється з жіночою статтю, похилим віком та низьким соціально-економічним статусом, та воно, як і раніше, часто виникає у представників декількох демографічних груп [3]. Тому важливо, щоб медичні працівники мали глибоке уявлення про симптоми ХІЗ та вміли адекватно діагностувати й лікувати цей стан.

✓ **Міф 2: ХІЗ та синдром подразненого кишечника із запором — це різні стани**

Одним із критеріїв ХІЗ є відсутність достатніх доказів для встановлення наявності синдрому подразненого кишечника із запором (СРК-3). Це означає, що ці розлади відрізняються один від одного та є різними захворюваннями, що в принципі невірні. Сьогодні це положення переосмислюється: в основу ставиться континуум ХІЗ і СРК-3, а не взаємовиключні сутності хвороби. Згідно з Римськими критеріями ІV, відмінна ознака цих двох станів — біль у животі, пов'язаний із дефекацією, що розглядається як кардинальна ознака СРК-3. В іншому симптоми, пов'язані з дефекацією, при обох станах ідентичні [4]. Твердження, що встановлення конкретного діагнозу ХІЗ та СРК-3 клінічно не стосується конкретного пацієнта, підтверджено численними дослідженнями, що показали високу узгодженість обох діагнозів та часте «перемикання» одного діагнозу на інший, що насамперед залежить від виразності та частоти болю в животі. В одному з досліджень майже 90% пацієнтів із СРК-3 (згідно з Римськими критеріями ІІІ) відповідали критеріям ХІЗ, а 43,8% із діагнозом ХІЗ відповідали критеріям СРК-3 [5]. Це не слід тлумачити як критику Римських критеріїв, оскільки вони важливі насамперед для полегшення вибору кінцевих точок у клінічних випробуваннях. Швидше, це застереження для клініцистів, щоб вони не блокували діагнози ХІЗ або СРК-3, а лікували ширший симптомокомплекс, були обізнані щодо альтернативної патофізіології, що пояснює ці часті симптоми (див. міфи 4 і 5).

✓ **Міф 3: колоноскопія необхідна для встановлення діагнозу ХІЗ**

Американське суспільство ендоскопії шлунково-кишкового тракту (ШКТ) не рекомендує проводити колоноскопію на початковому етапі оцінки пацієнтів із симптомами ХІЗ за відсутності тривожних ознак або підозри на органічне захворювання ШКТ [6]. Пацієнтам із запорами колоноскопія проводиться тільки за наявності ректальної кровотечі, крові у випорожненнях, залізодифіцитної анемії, зниженні маси тіла або обструктивних симптомів, а також у комплексі передопераційного обстеження перед операцією з приводу ХІЗ. Молодшим пацієнтам може бути достатньо гнучкої сигмоїдоскопії, щоб виключити аноректальні аномалії, новоутворення або запальні ураження (див. міф 9).

✓ **Міф 4: ХІЗ пов'язаний із уповільненням кишкового транзиту**

ХІЗ є складним та неоднорідним захворюванням, патофізіологія якого пов'язана як із уповільненням, так і з нормальним кишковим транзитом, який зустрічається значно частіше, а також із порушенням ректальної евакуації, включаючи диснергію тазового дна. Клініцисти повинні розуміти, що різні патофізіологічні особливості ХІЗ в окремих пацієнтів можуть співіснувати, і цей збіг може частково пояснювати відсутність універсальної відповіді на прийом проносних препаратів. Симптоми, що дозволяють запідозрити розлади ректальної евакуації (натужування, неповна евакуація, аноректальна обструкція), не дозволяють надійно прогнозувати пацієнтів із порушенням дефекації [7]. При цьому до 50% пацієнтів із ХІЗ на тлі диснергії тазового дна мають уповільнений кишковий транзит. Нездатність вирішити проблему з цими конкуруючими фізіологічними факторами може пояснювати суттєву незадоволеність пацієнтів існуючими методами лікування ХІЗ.

✓ **Міф 5: здуття живота завжди пов'язане із запором**

Здуття і розтягнення живота — це симптоми, що асоціюються із ХІЗ. Деякі пацієнти із ХІЗ та здуттям живота добре реагують на звичайні методи лікування, включаючи проносні та терапію біологічним зворотнім зв'язком. Дотримання дієти з обмеженням вживання погано засвоюваних ферментованих олігосахаридів, дисахаридів, моносахаридів та поліолів (FODMAPs) є популярним методом лікування, хоча загальні докази ефективності цієї дієти щодо ХІЗ та СРК-3 обмежені. Нещодавно було показано, що надмірне бактеріальне зростання в тонкій кишці за участю метанопродукуючих архей (синдром надлишкового метаногенного росту) є важливим фактором у підгрупі пацієнтів із СРК-3 [9]. Часто ігнорованою причиною здуття та розтягнення живота є невідповідність між кишковим сенсорним сприйняттям та об'єм-регулюючими вісцеросоматичними рефlekсами [10]. Встановлено, що пацієнти без здуття живота зазвичай розслаблюють діафрагму і скорочують м'язи передньої черевної стінки для поліпшення розміщення вісцерального вмісту,

у той час як пацієнти зі здуттям і розтягненням живота можуть парадоксальним чином скорочувати діафрагму і розслаблювати м'язи передньої черевної стінки, створюючи її видиме випинання [11]. Ці пацієнти можуть бути більш сприйнятливими до лікування за допомогою біологічного зворотного зв'язку та нейромодуляторів, ніж до лікування проносними препаратами.

✓ **Міф 6: більшість випадків ХІЗ можна коригувати за допомогою модифікації способу життя**

Доволі часто пацієнти, які комфортно приймають щоденні ліки від інших хронічних захворювань, не наважуються щодня приймати проносні через побоювання, що така терапія «неприродна» або викликає звикання. Багато хто з цих пацієнтів вказуватиме на недостатнє споживання рідини, неправильний вибір дієти або неадекватні вправи як справжні драйвери їхніх симптомів. Хоча помірною фізичною активністю та підвищеною споживанням рідини може бути пов'язані зі зменшенням симптомів ХІЗ, більшість наявних даних дають підстави припустити, що лише невелика кількість пацієнтів отримує реальну користь від модифікації цих факторів [12]. Так, відомо, що у нормі випорожнення містять 74% води, тверді випорожнення — 72%, рідкі — 76%.

Слід пам'ятати, що за відсутності екзогенного субстрату для утримання випитої води її додаткове надлишкове споживання не утримується в просвіті ШКТ, а витрачається на підтримання водного гомеостазу. На даний час ХІЗ слід розглядати як хронічний стан, який найкраще піддається активній медикаментозній терапії, якщо вона позитивно впливає на якість життя.

✓ **Міф 7: усі харчові волокна рівноцінні**

Збільшення споживання клітковини — майже універсальна рекомендація для хворого із ХІЗ. Це можуть бути харчові волокна або харчові добавки з клітковиною з різними характеристиками, пов'язаними з різною ферментованістю та розчинністю. Коротколанцюгові вуглеводи розчиняються і добре ферментуються, що призводить до збільшення газоутворення та незначного впливу на перебіг ХІЗ. Деякі харчові волокна (наприклад, чорнослив) містять цукрові спирти, які дають осмотичні навантаження на товсту кишку, сприяючи дефекації незалежно від вмісту клітковини. Довголанцюгові вуглеводи мають різноманітні характеристики, пов'язані з ферментованістю і розчинністю, але тільки 2 форми цих волокон ефективні при ХІЗ: погано ферментовані, нерозчинні волокна, що сприяють дефекації за рахунок механічної стимуляції шляхом виділення рідини і слизу (наприклад, крупнозернисті пшеничні висівки); ферментовані розчинні волокна, що створюють в'язку гелеву матрицю, яка утримує воду та запобігає зневодненню (наприклад, псиліум та ісафагула). Серед цих волокон неферментована розчинна клітковина здається більш прийнятною для початкового вибору, що показано у порівняльних дослідженнях за участю пацієнтів із ХІЗ. Висівки дрібного помелу спричиняють мінімальний механічний вплив

на товсту кишку і можуть фактично сприяти формуванню більш твердих випорожнень зі зменшенням вмісту води [13]. Інші форми клітковини (розчинні, ферментовані некрохмальні полісахаридні волокна і нерозчинні волокна, що не ферментуються) не показали значного поліпшення симптомів ХІЗ.

✓ **Міф 8: основна мета лікування ХІЗ — щоденна дефекація**

Традиційні культурні уявлення привели до помилки, що одноразова щоденна дефекація є кращою, ніж будь-яка інша частота випорожнень, а відсутність щоденної дефекації часто супроводжується різними клінічними проблемами. Проте, як було зазначено вище, нормальна частота дефекації у різних людей може бути різною (див. міф 1). Існуючі кінцеві точки ефективності під час проведення клінічних випробувань за критеріями FDA для визначення відповіді на лікування вимагають збільшення від 1 до 3 повних спонтанних дефекацій (що пов'язані з відчуттям повного спорожнення) на тиждень. Багатьох пацієнтів із ХІЗ можуть навіть більше турбувати не запор, а інші симптоми, такі як здуття живота, тверді випорожнення та надмірне напруження. Слід приділяти особливу увагу індивідуальним планам лікування, які враховують як переваги пацієнтів, так і корекцію помилкових уявлень, що існують давно. Підтримувальне лікування ХІЗ не повинно орієнтуватися на досягнення щоденної дефекації як показника успішного лікування та спочатку може навіть погіршити симптоми. Лікарі повинні прагнути зрозуміти попередні базові показники пацієнтів та обговорювати цілі терапії, спрямовані на відновлення їхнього вихідного рівня. Для багатьох пацієнтів реально досягти клінічного покращення навіть за меншої частоти дефекації.

✓ **Міф 9: ХІЗ лікується хірургічно**

Хоча кількість випадків колектомії з приводу ХІЗ зростає, у більшості експертів ентузіазм щодо цього варіанта лікування обмежений. У ретельно визначених пацієнтів із ХІЗ на тлі інертної кишки без ознак диснергії тазового дна колектомія може бути важким, але необхідним рішенням. Кандидати на колектомію повинні бути обстежені досвідченою мультидисциплінарною командою для виключення тих пацієнтів, у кого є не тільки запор із повільним кишковим транзитом та психологічні супутні захворювання, а й інші стани, які можна лікувати терапевтично. Коли пацієнта насамперед непокоїть здуття чи біль у животі або мають місце значні психологічні проблеми, хірургічне лікування ХІЗ навряд буде успішним [14]. Крім того, у пацієнтів із вираженими дисмоторними порушеннями роботи товстої кишки можуть мати місце супутні порушення моторики шлунка або тонкої кишки, які майже напевно зменшать користь від колектомії [15]. Практичний досвід показує, що пацієнти, які наполягають на операції з метою виправлення ХІЗ, — це найменш підходящі кандидати для колектомії.

Список літератури знаходиться в редакції.

Ю.М. Кондрацький, к. мед. н., завідувач відділення, О.Ю. Добржанський, хірург-онколог, А.В. Колесник, хірург-онколог, Є.А. Шудрак, хірург-онколог, М.О. Пепенін, хірург-онколог, відділення пухлин стравоходу та шлунка Національного інституту раку, м. Київ

Лапароскопічна хірургія: міфи та реальність

За останні 30 років у хірургії відбулася справжня революція з активним впровадженням у практику технологій, які зменшують операційну травму, мінімізують крововтрату та біль після операції. Такі технології використовуються для діагностики та лікування як частих захворювань, таких як гострий холецистит, апендицит, ожиріння тощо, так і онкологічних захворювань, таких як злоякісні пухлини шлунка, тонкої та товстої кишки, печінки тощо.

Лапароскопія – хірургічна діагностична або лікувальна процедура, яка використовується для дослідження та лікування органів черевної порожнини. Лапароскопічна хірургія передбачає використання для огляду органів черевної порожнини спеціального інструмента, який називається лапароскопом. Лапароскоп – це пристрій з камерою високої якості та інтенсивним світлом. Камера передає 4К-зображення на відеомонітор.

Завдяки невеликим розмірам та великим можливостям візуалізації лапароскопія часто застосовується з метою діагностики, коли інші дослідження не дають достатньої інформації для встановлення чіткого діагнозу. Під час цієї процедури також можуть бути отримані зразки тканин.

Інструменти для відкритої операції є досить громіздкими, саме тому для їх використання необхідно робити великий розріз. З цим пов'язана велика операційна травма. Будь-який лапароскопічний інструмент не перевищує 5 мм, а в дитячій хірургії – навіть 3 мм.

У наш час лапароскопія є стандартом для лікування низки неонкологічних захворювань таких органів:

- апендикс;
- жовчний міхур;
- селезінка;
- репродуктивні органи.

Натомість при онкологічних захворюваннях складність та об'єм хірургічного втручання є набагато більшими, ніж у «звичайній» хірургії.

Тому лапароскопічні втручання зазвичай виконують в експертних центрах досвідчені хірурги. Безумовною перевагою лапароскопічних операцій є швидке

відновлення та повернення пацієнта до звичного способу життя.

Яскравим прикладом переваги лапароскопії є операції з приводу раку стравоходу, коли здійснюється втручання на черевній і грудній порожнинах.

Комбінація лапароскопії та торакокопії дозволяє значно зменшити біль після операції, сприяє швидкому відновленню функцій організму та пришвидшує реабілітацію.

Лапароскопія є малотравматичною методикою хірургічного втручання, що передбачає крихітні проколи на животі, через які вводять невеликі лапароскопічні хірургічні інструменти та відеокамеру.

Однак у пацієнтів виникає багато запитань з приводу безпеки таких операцій.

Міф № 1: якщо у пацієнта надмірна або недостатня маса тіла, йому не можна робити лапароскопію.

Факт: незалежно від того, чи є у пацієнта ожиріння чи невелика маса тіла, лапароскопію провести можна, оскільки для цієї хірургічної процедури доступні інструменти різної довжини та розміру і їх можна регулювати відповідно до організму пацієнта. Насправді у людей з надлишковою масою тіла лапароскопія має велику перевагу, оскільки ймовірність інфікування значно менша порівняно з відкритим хірургічним втручанням, а період відновлення після операції набагато коротший.

Міф № 2: старі хірурги кажуть, що «краще помацати руками».

Факт: 3D-монітори та HD-екрани передають зображення набагато яскравіше і точніше, ніж бачить хірург під час відкритої операції. Таким чином чітко відображаються навіть найдрібніші деталі, не доступні людському оку.

Міф № 3: лапароскопічні процедури триваліші, ніж відкриті операції.

Факт: коли процедуру виконують досвідчені хірурги в фаховій клініці, лапароскопічні втручання є такими ж швидкими та безпечними, як і відкриті операції. У такому випадку анестезія не завдасть жодної шкоди пацієнту.

Міф № 4: лапароскопію не можна використовувати для складних операцій або процедур.

Факт: лапароскопічна хірургія наразі є стандартом лікування для багатьох захворювань, включаючи злоякісні та доброякісні пухлини й ожиріння (баріатрична хірургія). Для лапароскопії варто обирати фахову клініку з висококваліфікованими лікарями, кожен з яких проводить не менше 30 операцій на рік.

Міф № 5: коли під час лапароскопічної операції черевну порожнину наповнюють повітрям, це може призвести до пошкодження пухлини та поширення метастазів.

Факт: черевну порожнину наповнюють не повітрям, а спеціальним вуглекислим газом, який при закінченні оперативного втручання видаляється з організму. Пошкодження пухлини, а тим більше поширення метастазів унаслідок наповнення черевної порожнини повітрям неможливе. Крім того, рак легені та рак шкіри постійно контактують з повітрям, проте метастази при них виникають не від контакту з повітрям, а через своєчасне звернення до лікаря-онколога.

Міф № 6: після попередніх хірургічних втручань на органах черевної порожнини лапароскопічну операцію виконати неможливо.

Факт: у кініках, які володіють великим досвідом, попередні оперативні втручання не мають великого значення. Навпаки, усунення спайок виконується більш м'яко, ніж при великому розрізі. Але все залежить від досвіду хірурга та технічних можливостей клініки. Наприклад, у нас є досвід проведення великих лапароскопічних втручань навіть після шести відкритих операцій.

Таким чином, лапароскопічні операції мають певні переваги.

- ✓ Виконуються через малі проколи, майже не травмуючи м'язи та шкіру пацієнта, на відміну від великого розрізу.
- ✓ Завдяки малій травматичності операцій пацієнт швидше відновлюється та повертається до нормального способу життя, навіть після резекції шлунка при злоякісних новоутвореннях або лікуванні ожиріння.
- ✓ Кваліфіковані хірурги та фахова клініка – запорука успішної лапароскопічної операції.
- ✓ Забезпечують хороший косметичний результат після лапароскопії.



Вигляд тіла пацієнта після лапароскопічної операції



Шви, які залишаються після відкритих операцій



Ю.М. Кондрацький



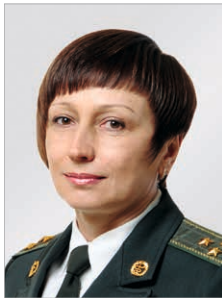
О.Ю. Добржанський

Новітні можливості гепатотропної терапії

За матеріалами XIV Українського гастроентерологічного тижня

29-30 вересня 2022 р. в онлайн-форматі відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «XIV Український гастроентерологічний тиждень». Наукова тематика заходу була різноплановою та включала доповіді провідних вчених України і світу на найбільш нагальні теми сучасної гастроентерології.

Начальник кафедри військової терапії Української військової медичної академії (м. Київ), полковник медичної служби, заслужений лікар України, професор, доктор медичних наук Галина Василівна Осьодло поділилася досвідом вибору гепатотропної терапії при медикаментозно-індукованих ураженнях печінки.



Сьогодні медикаментозно-індуковані ураження печінки (МІУП) є недооціненою проблемою медицини [1]. Люди часто нерационально застосовують медикаменти (у тому числі антибіотики), безконтрольно вживають рослинні засоби і БАДи. Усе це провокує розвиток гепатотоксичного ефекту. Останні епідеміологічні дані не відображають реальної поширеності МІУП, а отримані показники є заниженими, що не дає змоги реально оцінити проблему МІУП і, як наслідок, контроль над гепатотоксичними засобами відсутній.

Вагомий «внесок» у поширення МІУП, окрім безконтрольного вживання гепатотоксичних засобів, внесла і пандемія COVID-19. Стратегії лікування COVID-19 включають застосування гепатотоксичних медикаментів, які переважно представлені протівірусними засобами. Згідно із сучасними даними, дисфункція печінки при COVID-19 розвивається переважно у чоловіків, людей похилого віку та пацієнтів із вищим індексом маси тіла (ІМТ). При цьому у хворих відзначається підвищення трансаміназної активності, показників холестази та порушення протеїн-синтетичної функції. Крім того, саме по собі інфікування SARS-CoV-2 асоціюється з ураженням печінки, що пов'язано з цитопатичною дією вірусу [2]. L. Xu та співавт. (2020) при мікроскопічному дослідженні печінки пацієнтів, інфікованих SARS-CoV-2, виявляли мікроецикулярний стеатоз, вогнищевий некроз гепатоцитів, переважання нейтрофілів у лобулярних і портальних інфільтратах та мікротромби в синусоїдах [3]. Описані гістологічні зміни значною мірою можуть бути зумовлені не стільки самим вірусом, як медикаментозним пошкодженням печінки.

На сучасному етапі гепатотоксичність протівірусних, антимікробних та протизапальних лікарських засобів, у тому числі і під час пандемії COVID-19, підтверджена чисельною кількістю публікацій. Відомо, що такі медикаменти, як ремдесевір, хлорохін, комбінація гідроксихлорохіну та азитроміцину, лопінавір, анакітра та інші протівірусні асоційовані з гепатотоксичністю [4]. Дані літератури також свідчать, що гепатотоксичним потенціалом володіють препарати, що застосовуються для симптоматичного лікування COVID-19, у тому числі і нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ).

Залежно від змін аланінамінотрансферази (АЛТ) і лужної фосфатази (ЛФ), розрізняють 3 типи МІУП: гепатоцелюлярний, холестаатичний та змішаний. Для гепатоцелюлярного типу МІУП характерним є підвищення рівня АЛТ більше ніж у 2 рази від верхньої межі норми (ВМН), нормальний рівень ЛФ та коефіцієнт R (співвідношення рівнів АЛТ і ЛФ) ≥ 5 . Якщо рівень АЛТ перебуває в межах нормальних значень, а рівень ЛФ сягає більше 2 ВМН при індексі $R \leq 2$, діагностують холестаатичний тип МІУП. Для змішаного типу характерним є підвищення рівнів АЛТ та ЛФ більш ніж у 2 рази та індексом $R = 2-5$.

Згідно з результатами ROC-аналізу, коефіцієнт R було визнано маркером ризику смертності ($AUC = 0,713$; $p = 0,001$) та очікуваної ймовірності госпіталізації до реанімації ($AUC = 0,636$; $p = 0,001$) у хворих на COVID-19 ($n = 554$). При цьому найгірші прогнози мали пацієнти з холестаатичним (26,5%) та змішаним (36,1%) типами МІУП [5].

У 2019 р. Європейською асоціацією з вивчення печінки (European Association for the Study of the Liver, EASL) були розроблені клінічні рекомендації щодо менеджменту пацієнтів із МІУП, відповідно до яких ключовими факторами розвитку МІУП були визнані рослинні засоби та БАДи, наявність у пацієнта компонентів метаболічного синдрому (МС), хронічного гепатиту С і В, вживання пероральних контрацептивів та інших медикаментів [6-8].

Діагноз повинен ґрунтуватися на ретельному вивченні анамнезу й оцінці потенційно небезпечних для печінки медикаментів, що використовувалися впродовж 3-х місяців до появи симптомів, із виключенням усіх інших причин [6]. Для визначення етіологічного чинника МІУП доцільним є використання безкоштовного вебсайту LiverTox[®], який інформує про ураження печінки при застосуванні медикаментів, рослинних засобів та БАДів.

Сучасні стратегії лікування МІУП включають припинення введення препарату, що став першопрічиною ураження печінки. Залежно від ступеня ураження печінки, лікування може проводитися як на амбулаторному, так і стаціонарному рівнях. При наявності у хворого легкого та помірного ступеня тяжкості МІУП лікування може проводитися в амбулаторних умовах. Госпіталізація показана пацієнтам із МІУП, які мають печінково-клітинну недостатність, виражену клінічно симптоматику (блювання, зневоднення, кровотеча, ознаки печінкової енцефалопатії) з несприятливим прогнозом.

При лікуванні МІУП показаний адеметіонін, який виступає ендogenous коензимом та донором метильної групи в реакціях трансметилування, опосередковано сприяючи синтезу фосфоліпідів клітинної мембрани. Гепаметіон[®] виробництва АТ «Київмедпрепарат» (корпорація «Артеріум») – перший і єдиний вітчизняний адеметіонін, що представлений у дозуванні 500 мг у формі ін'єкцій для внутрішньовенного (в/в) та внутрішньом'язового (в/м) введення, а відтепер і кишково-розчинних таблеток. Препарат Гепаметіон[®] виготовляється з італійської сировини, так само як і оригінальний препарат. Ефективність адеметіоніну як гепатопротектора підтверджена при лікуванні різних типів МІУП.

Ефективність і безпека застосування адеметіоніну при лікуванні МІУП доведена результатами численних досліджень [9]. В. Vincenzi та співавт. (2011) підтвердили гепатопротекторну ефективність аденосилметіоніну в пацієнтів із колоректальним раком, які підлягали хіміотерапії (схема FOLFOX). Так, включення препарату до схеми комплексного лікування зменшувало потребу у відтермінуванні наступного курсу хіміотерапії (до 4 проти 11%; $p < 0,0001$) та у зменшенні дози хіміотерапевтичних препаратів (у 3 проти 18%; $p = 0,031$) [10].

Повномасштабна війна на території нашої країни також загострила ще одну актуальну тему сучасної медицини, а саме – розвиток реактивного гепатиту на тлі вогнепальних мінно-вибухових та кульових поранень. Так, внаслідок цих поранень, окрім механічної травми у місці безпосереднього впливу, також наявні чисельні вторинні ускладнення,

у тому числі реактивний гепатит, який спостерігається у 41-45% поранених.

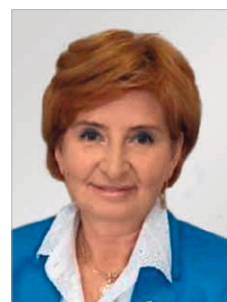
На завершення своєї доповіді Галина Василівна навела власний клінічний досвід застосування внутрішньовенного адеметіоніну (Гепаметіон[®]) при реактивному гепатиті, що розвинувся на тлі вогнепального поранення гомілки.

Клінічний випадок

Пацієнт Н., госпіталізований 26.06.2021 р. до клініки травматології Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» з діагнозом вогнепальне кульове поранення правої гомілки, вогнепальний перелом обох кісток правої гомілки. Травматичний шок II ст.

На 5-й день госпіталізації у пацієнта розвинувся реактивний гепатит, біохімічні показники: АЛТ – 474,2, аспартатамінотрансфераза (АСТ) – 365,9, загальний білок – 56,9. Пацієнту було призначено Гепаметіон[®] внутрішньовенно.

На тлі застосування препарату Гепаметіон[®] спостерігалось суттєве покращення стану пацієнта, на 10-й день лікування значно знизилась біохімічні показники: АЛТ – 68,8, АСТ – 27,3, загальний білок – 68,2.



Професор кафедри терапії № 1 медичної діагностики, гематології та трансфузіології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук Ольга Олександрівна Бондаренко у своїй доповіді акцентувала увагу на гепатотропній терапії при метаболічно асоційованих захворюваннях.

У реаліях сьогодення метаболічно асоційовані захворювання набувають значного поширення в усьому світі. Цьому сприяє урбанізація населення, зокрема сидячий спосіб життя, низька фізична активність, шкідливі звички та стрес, визнані факторами, які відіграють ключову роль у розвитку метаболічних порушень. При цьому небезпека криється у тому, що симптоми цієї групи захворювань легко не помітити на початкових стадіях через їх поліморбідність, латентний період та стерті клінічні симптоми [9].

Результати епідеміологічного дослідження EUROASPIRE V продемонстрували, що в Україні поширеність ожиріння (індекс маси тіла $> 30 \text{ kg/m}^2$) досягає 41%, артеріальної гіпертензії (АГ) – 47%, цукрового діабету (ЦД) – 24%. Рівень проатерогенного холестерину ліпопротеїдів низької щільності $\geq 1,8 \text{ ммоль/л}$, що асоціюється з високим кардіоваскулярним ризиком, за результатами цього ж дослідження, фіксується у 82% населення.

Сьогодні відомо, що МС зумовлює розвиток складних типів патології, саме тому вкрай важливо вчасно виявити перші його прояви та вжити заходів для корекції кожного з його компонентів. Основні складові МС представлені збільшенням окружності талії, дисліпідемією, АГ та інсулінорезистентністю (ІР), яка включає ЦД 2 типу, збільшення глюкози плазми натще і порушення толерантності до глюкози. При цьому наріжним каменем МС вважається саме ІР, яка відіграє ключову роль у розвитку супутньої патології, у тому числі ішемічної хвороби серця, АГ, а також метаболічно асоційованої жирової хвороби печінки

(МАЖХП), яка раніше називалася неалкогольною жировою хворобою печінки. Так, дані експериментальних досліджень підтверджують кореляцію між МС і функціонуванням органів травлення. Згідно з ними, у пацієнтів із ІР частіше виявляються органічні та функціональні розлади з боку травного тракту, у тому числі гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, недостатність кардії, кили стравохідного отвору діафрагми, стеатоз печінки та стеатогепатит, гіпомоторна дискінезія товстої кишки і хронічний гепатит.

Сьогодні також наявні дані, які свідчать, що МАЖХП призводить до зростання ймовірності кардіоваскулярних подій включно з гострим коронарним синдромом та інсультом, незалежно від наявності інших факторів ризику. Точний патофізіологічний механізм впливу МАЖХП на стан серцево-судинної системи та його виразність остаточно не визначені, проте цей діагноз вимагає від пацієнта корекції способу життя, а також прицільного контролю таких показників, як артеріальний тиск, ліпіди крові та глікемія [10]. При відсутності корекції стану МАЖХП може призвести до смерті, що переважно зумовлено кардіоваскулярними захворюваннями (13-57%), злоякісними новоутвореннями різної локалізації (6-28%), прогресуванням фіброзу печінки до цирозу (2,8-19%) тощо. Виражений фіброз при МАЖХП асоціюється не лише зі зростанням смертності, а й супроводжується збільшенням частоти таких захворювань, як гепатоцелюлярна карцинома, варикозне розширення вен стравоходу та інші метаболічно асоційовані патологічні стани [11]. Наявні також дані щодо системних клінічних проявів МАЖХП з боку ЦНС, зокрема, у половини хворих на МАЖХП спостерігається когнітивна дисфункція [12].

При менеджменті хворих цієї групи однією з ключових проблем є відсутність стандартизованих протоколів лікування. Так, Всесвітня гастроентерологічна організація (World Gastroenterology Organization) у своїх рекомендаціях щодо менеджменту МАЖХП та неалкогольного стеатогепатиту визнає відсутність схваленої, заснованої на доказах медикаментозної терапевтичної стратегії лікування метаболічно асоційованих захворювань. Відповідно, за відсутності лікування клініцисти розглядають різні варіанти терапії таких пацієнтів, що включають модифікацію способу життя та фармакотерапію.

Ольга Олександрівна зазначила, що на сучасному етапі як базисні препарати для лікування МАЖХП та корекції метаболічних розладів використовуються гепатопротекторні засоби, з яких на особливу увагу заслуговує Гепаметіон[®] – єдиний вітчизняний адеметіонін, зареєстрований у дозі 500 мг у формі ліофізітала для ін'єкцій, який можна використовувати як в/в, так і в/м, а відтепер і в новій формі – кишковорозчинних таблеток по 500 мг. Препарат виготовляється з якісної італійської сировини. При цьому має доступну ціну. Гепаметіон[®] може розглядатися як один з основних засобів для корекції патологічних порушень у пацієнтів із внутрішньопечінковим холестаазом при хронічних захворюваннях печінки, у тому числі й у вагітних жінок. Рекомендована схема застосування препарату Гепаметіон[®] 2x2: 2 флакони по 500 мг на добу в/в або в/м протягом 2 тижнів із подальшим переходом на таблетовану форму у дозі 2 таблетки по 500 мг на добу протягом 2 місяців.

Список літератури знаходиться у редакції.

Підготувала Анна Хиць



Сучасні підходи до діагностики та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: оновлені рекомендації



Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є одним із найпоширеніших захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ). І хоча ця патологія вже досить добре вивчена, постійно відбувається вдосконалення методів її діагностики та лікування. Наприклад, з моменту виходу останніх рекомендацій з терапії ГЕРХ значно розширилися дані про ефективність та недоліки застосування інгібіторів протонної помпи (ІПП). Вони залишаються препаратами вибору, але деякі дослідження вказують на їх потенційну шкоду від тривалого застосування. Також отримано нові дані щодо можливостей ендоскопічних та хірургічних методів лікування. Саме тому Американська колегія гастроентерологів (American College of Gastroenterology, ACG) видала оновлені клінічні рекомендації щодо тактики ведення пацієнтів із ГЕРХ.

Організація ACG була заснована в 1932 році та налічує більше 14 тисяч лікарів з 86 країн світу. Основні напрямки роботи – проведення щорічних зборів, регіональних зустрічей та курсів з підвищення кваліфікації для фахівців, що працюють у галузі гастроентерології. Організація розробила різноманітні дослідницькі гранти. Також ACG видає друковані видання: Американський журнал гастроентерології (American journal of gastroenterology, AJG), клінічної і трансляційної гастроентерології (Clinical and Translational Gastroenterology, CTG), а також журнал із клінічними випадками (ACG case report journal). Важливим напрямком роботи колегії є розробка та оновлення клінічних рекомендацій з лікування та діагностики різноманітних захворювань ШКТ.

В оновлених клінічних рекомендаціях представлені практичні настанови з ведення пацієнтів із ГЕРХ, у тому числі фармакологічні, хірургічні та ендоскопічні методи лікування. Також надана інформація щодо зміни способу життя, оскільки це може зменшити прояви захворювання. Водночас лікування функціональних розладів та печії виходить за рамки цих рекомендацій. Додаткову інформацію щодо фізіології та патології стравоходу можна знайти в інших публікаціях. Кожна рекомендація оцінена за параметрами сили (сильна, умовна) та якості (висока, помірна, низька та дуже низька) доказів.

Діагностика ГЕРХ

- При класичних проявах ГЕРХ (печії та регургітації) та відсутності будь-яких тривожних симптомів рекомендовано пройти пробний емпіричний курс лікування ІПП тривалістю 8 тижнів та кратністю прийому 1 р/день перед їдою (сильна рекомендація, помірна якість доказів).
- При зменшенні класичних симптомів ГЕРХ протягом пробного 8-тижневого курсу ІПП рекомендовано спробувати його

припинити (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Якщо після 8-тижневого пробного курсу ІПП симптоми ГЕРХ не зменшилися, рекомендовано провести діагностичну ендоскопію (сильна рекомендація, низька якість доказів).

- У тих пацієнтів, що відчувають біль у грудній клітці, без печії, а попередні діагностичні дослідження дозволяють виключити наявність серцевих захворювань, рекомендовано об'єктивне обстеження щодо наявності ГЕРХ – фіброзофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС), моніторинг гастроєзофагеального рефлюксу методами рН-метрії або рН-імпедансометрії (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Рентгенодіагностика із пероральним вживанням солей барію не рекомендується як єдиний метод діагностики ГЕРХ (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- ФЕГДС є діагностичним обстеженням першої лінії у пацієнтів із дисфагією чи іншими тривожними симптомами (втрата маси тіла, шлунково-кишкові кровотечі), а також у осіб, які мають високі ризики розвитку стравоходу Барретта (сильна рекомендація, низька якість доказів).

- У випадках, коли ендоскопія не може підтвердити діагноз ГЕРХ, рекомендовано проводити моніторинг рефлюксу (сильна рекомендація, низька якість доказів).

- Не рекомендовано проводити моніторинг рефлюксу, якщо після проведення ФЕГДС було встановлено діагноз рефлюкс-езофагіту С та D ступеня за Лос-Анджелівською класифікацією (ЛА), а також при наявності довгого відрізка стравоходу Барретта (сильна рекомендація, низька якість доказів).

Ключові поняття

- Манометрія з високою роздільною здатністю не рекомендується як єдиний метод діагностики ГЕРХ.

Медичне лікування ГЕРХ

- Пацієнтам із надмірною масою тіла для полегшення симптомів ГЕРХ рекомендовано застосовувати заходи для схуднення (сильна рекомендація, помірна якість доказів).

- Варто утримуватися від прийому їжі за 2-3 години до сну (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Пацієнтам із симптомами ГЕРХ необхідно уникати куріння (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Рекомендоване зменшення або повна відмова від харчових продуктів, які посилюють прояви ГЕРХ (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Одним із методів корекції симптомів при ГЕРХ є сон у позі, коли голова знаходиться у положенні трохи вище за усе тіло (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Рекомендовано застосовувати ІПП замість H₂-гістаміноблокаторів при ерозивному езофагіті (ЕЕ; сильна рекомендація, помірна якість доказів).

- Для кращого контролю симптомів ГЕРХ ІПП слід приймати за 30-60 хвилин перед їдою, а не перед сном (сильна рекомендація, помірна якість доказів).

- Пацієнтам із ГЕРХ, у яких не виявлено ЕЕ чи стравохід Барретта, а симптоми після курсу емпіричної терапії ІПП зменшилися, необхідно відмінити їх подальший прийом. У такому разі ці препарати можуть застосовуватися за потреби, лише при виникненні симптомів (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Для пацієнтів, які потребують підтримувальної терапії ІПП, їхня доза повинна бути якомога нижчою – на рівні, необхідному для контролю симптомів ГЕРХ та лікування рефлюкс-езофагіту (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Не рекомендовано рутинно застосовувати інші терапевтичні підходи у пацієнтів, стан яких не покращується після прийому ІПП (умовна рекомендація, низька якість доказів). Використання прокінетиків

не рекомендується у будь-якій схемі лікування ГЕРХ, крім випадків, коли є об'єктивні дані, що свідчать про гастропарез (сильна рекомендація, низька якість доказів).

- Не рекомендовано використовувати сукральфат у схемі лікування ГЕРХ, крім тих випадків, коли він призначається вагітним жінкам (сильна рекомендація, низька якість доказів).

- Пацієнтам із неерозивною рефлюксною хворобою (НЕРХ) варто запропонувати прийом ІПП на вимогу або періодичні курси прийому для кращого контролю симптомів (умовна рекомендація, низька якість доказів).

Ключові поняття

- Якщо прийом одного з ІПП не призвів до полегшення симптомів, то замінити його іншим препаратом цієї ж групи можна лише 1 раз.

- Використання найнижчої ефективної дози ІПП є рекомендованим та логічним, але варто враховувати також індивідуальні особливості пацієнта.

- Наразі точаться суперечки, чи може раптове припинення прийому ІПП спричинити наступну гіперсекрецію шлунка та призвести до посилення симптомів рефлюксу. Вагомих доказів цього твердження наразі немає.

Позастравохідні симптоми ГЕРХ

- Рекомендовано проводити додаткову оцінку причин, не пов'язаних із ГЕРХ, перед тим як стверджувати, що позастравохідні симптоми є проявами цього захворювання (сильна рекомендація, помірна якість доказів).

- Пацієнти, які мають позастравохідні прояви ГЕРХ без типових симптомів (печії та регургітації), повинні пройти обстеження для виявлення рефлюксу перед призначенням ІПП (сильна рекомендація, помірна якість доказів).

- Пацієнтам, які мають одночасно і позастравохідні, і типові прояви ГЕРХ, перед призначенням додаткових обстежень рекомендовано пройти пробну терапію ІПП з кратністю прийому препарату двічі на добу тривалістю 8-12 тижнів (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- ФЕГДС не повинна використовуватися для встановлення діагнозу у випадках, пов'язаних із ГЕРХ: астмою, хронічним кашлем, ларингофарингеальним рефлюксом (умовна рекомендація, низька якість доказів).

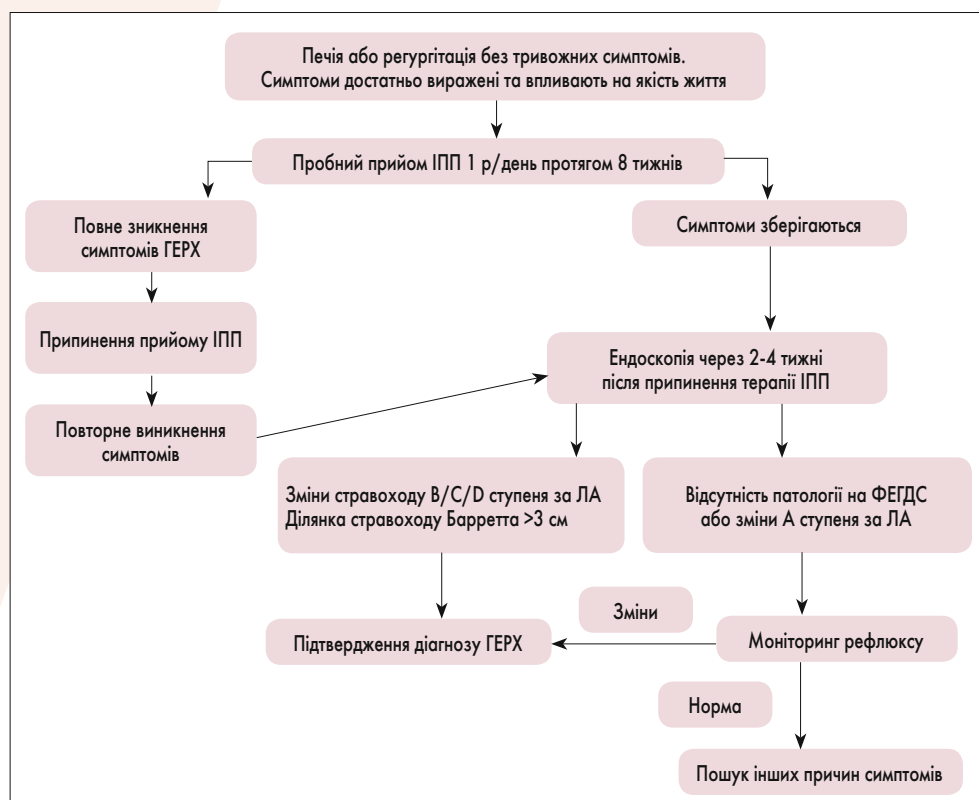


Рис. 1. Алгоритм діагностики ГЕРХ

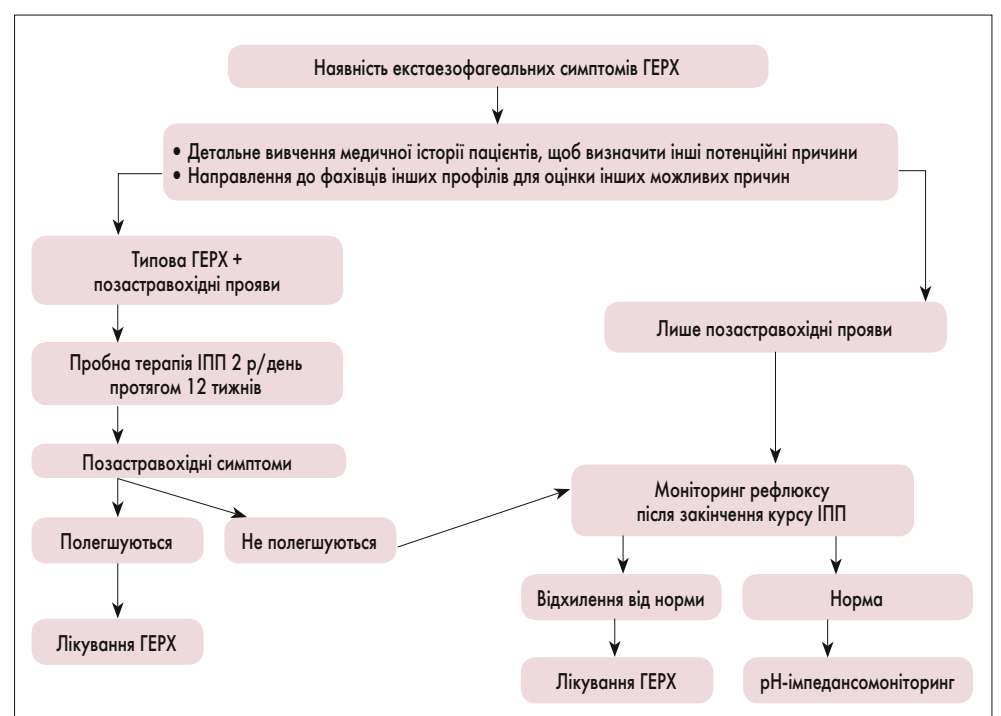


Рис. 2. Методи діагностики екстраєзофагеальних проявів ГЕРХ

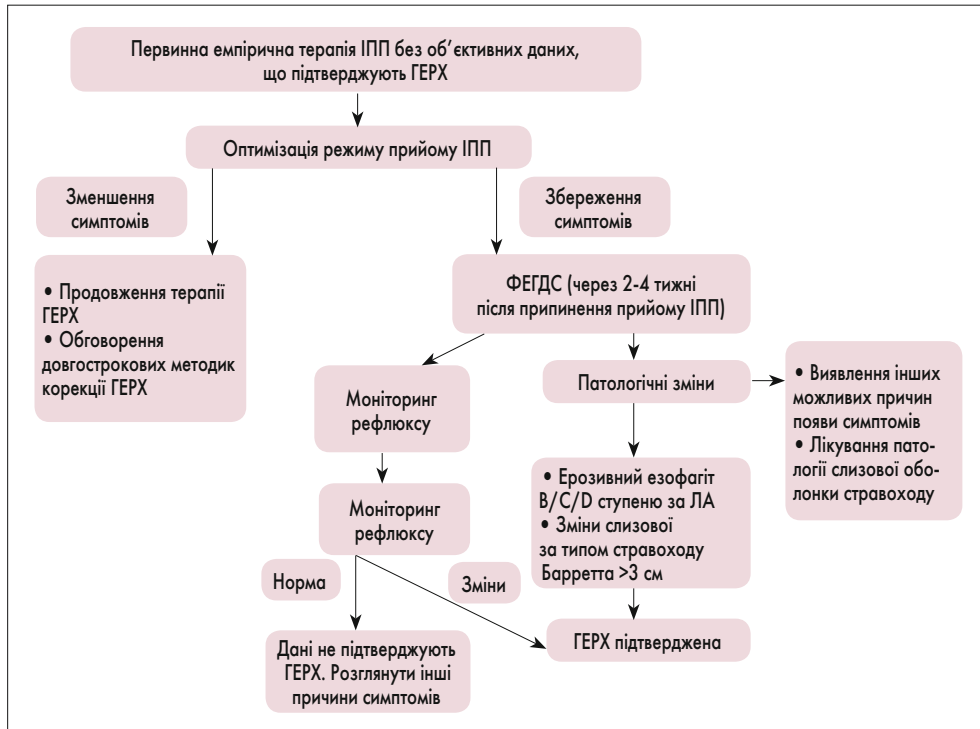


Рис. 3. Алгоритм діагностичних обстежень при збереженні симптомів GERX після пробної терапії ІПП пацієнтам, яким раніше не проводили діагностичні обстеження, що підтвердили б діагноз

- Діагноз ларингофарингеального рефлюксу не повинен базуватися лише на ларингоскопії та потребує підтвердження за допомогою додаткових методів обстеження (умовна рекомендація, низька якість доказів).
- У пацієнтів, що отримують лікування з приводу позастравохідних проявів GERX, ендоскопічні та хірургічні методики рекомендовані лише за наявності об'єктивних даних, що можуть підтвердити рефлюкс (умовна рекомендація, низька якість доказів).

Ключові поняття

- Хоча GERX може бути причиною різних позастравохідних проявів, все ж необхідно дуже ретельно проводити обстеження, щоб виключити інші причини ларингеальних симптомів, хронічного кашлю чи астми.
- Методи діагностики, оцінки та лікування потенційних позастравохідних проявів GERX є обмеженими через відсутність обстежень, які можна вважати золотим стандартом, варіабельність симптомів та наявність інших розладів, що можуть призвести до їх появи.
- Дослідження рівня пепсину в слині не рекомендується для оцінки стану пацієнтів із позаезофагеальними симптомами GERX.
- Для пацієнтів, у яких не спостерігається зменшення симптомів на тлі прийому ІПП 2 р/день, рекомендовано проведення ФЕГДС через 2-4 тижні після його припинення. Якщо ендоскопічне дослідження не виявило відхилень, варто провести моніторинг рефлюксу доступним способом. При виявленні ЕЕ можна підтвердити діагноз GERX, але це не вказує, що саме GERX є причиною позастравохідних симптомів. Можливо, все ще необхідним буде проведення рН-імпедансометрії.

- Не рекомендовано рутинно застосовувати орофарингеальний чи фарингеальний моніторинг у пацієнтів із позастравохідними симптомами.

Рефрактерна GERX

Для корекції рефрактерних симптомів GERX необхідне розуміння можливих причин такого стану. Наприклад, незважаючи на прийом ІПП, рефлюкс зберігається і, як наслідок, спричинює повторну появу симптомів. Або виникла гіперчутливість – стан, коли ІПП нормалізували експозицію шлункової кислоти в стравоході, але фізіологічні епізоди рефлюксу (кислотні та некислотні) все одно провокують появу симптомів. Рефрактерна до терапії GERX може бути спричинена іншою патологією стравоходу (еозинофільним езофагітом, ахалазією), позастравохідними причинами (гастропарезом, румінацією, патологією серця) та функціональною патологією.

Рекомендації щодо діагностики та лікування пацієнтів, які мають рефрактерну GERX

- Оптимізація терапії ІПП – це перший крок у лікуванні пацієнтів із рефрактерними симптомами GERX (сильна рекомендація, помірна якість доказів).
- Рекомендовано проведення стравохідного рН-моніторингу (за допомогою бездротової техніки Bravo, катетерної та комбінованої рН-імпедансометрії) після закінчення курсу прийому ІПП, за умови, якщо діагноз GERX не був підтверджений за допомогою попереднього рН-моніторингу чи ФЕГДС, під час проведення якого було виявлено довгий відрізок стравоходу Барретта чи гострий езофагіт С та D ступенів за ЛА (умовна рекомендація, низька якість доказів).
- Пацієнтам із встановленим діагнозом GERX, у яких на тлі терапії не спостерігається

полегшення симптомів, необхідно проводити стравохідну рН-імпедансометрію під час курсу лікування ІПП з кратністю прийому 2 р/день (умовна рекомендація, низька якість доказів).

- Для пацієнтів, у яких первинним симптомом є регургітація, рефрактерна до прийому ІПП, та посилений гастроєзофагеальний рефлюкс підтверджений об'єктивними даними досліджень, рекомендоване антирефлюксне хірургічне лікування або трансоральна безопераційна фундоплікація (transoral incisionless fundoplication, TIF; умовна рекомендація, низька якість доказів).

Ключові поняття

- Якщо дані об'єктивних обстежень не підтверджують наявності рефлюксу у пацієнта, який припинив прийом ІПП, необхідно повністю відмінити прийом цих препаратів, крім випадків, коли для цього є інші показання.
- Стравохідну манометрію необхідно проводити як один із методів оцінки рефрактерної GERX тим, у кого не було виявлено патологію на ФЕГДС та при рН-моніторингу, а також пацієнтам, яким пропонується проведення ендоскопічного чи хірургічного лікування.
- ФЕГДС необхідно проводити через 2-4 тижні після припинення прийому ІПП.
- Рекомендовано використовувати манометрію з високою роздільною здатністю у пацієнтів із рефрактерною GERX, якщо за даними ендоскопії та моніторингу рефлюкс не виявлений.
- Тактика ведення пацієнтів при рефрактерних симптомах GERX відрізняється для тих, кому раніше проводили об'єктивну верифікацію діагнозу, і тих, кому такі обстеження не проводили. Алгоритми діагностики та лікування GERX для обох цих груп представлені на рис. 3-4.

Хірургічне та ендоскопічне лікування GERX

- Антирефлюксні оперативні втручання рекомендовані як опція для довготривалого лікування пацієнтів, у яких GERX підтверджена за допомогою об'єктивних методів обстеження, особливо у тих, у кого розвинувся гострий рефлюкс-езофагіт С або D ступеня за ЛА, наявні грижі стравохідного отвору діафрагми та/або персистуючі симптоми GERX (сильна рекомендація, помірна якість доказів).
- Магнітне зміцнення сфінктера (magnetic sphincter augmentation, MSA) може бути альтернативою лапароскопічній фундоплікації для пацієнтів із регургітацією, яким не допомогла медикаментозна терапія (сильна рекомендація, помірна якість доказів).
- Шлункове шунтування за Roux-en-Y є опцією для лікування GERX у пацієнтів з ожирінням, які усвідомлюють усі ризики процедури та необхідність зміни способу життя (умовна рекомендація, низька якість доказів).
- Оскільки дані про використання радіочастотної терапії стравохідно-шлункового з'єднання (метод Стретта) є непослідовними та дуже різняться, цей метод не можна рекомендувати як альтернативу медикаментозному чи хірургічному лікуванню GERX (умовна рекомендація, низька якість доказів).
- Пацієнтам, що не мають гострого рефлюкс-езофагіту С та D ступенів за ЛА чи грижі стравохідного отвору >2 см, можна рекомендувати TIF при їх небажанні проведення антирефлюксного хірургічного втручання (сильна рекомендація, низька якість доказів).

Пациєнтам, що не мають гострого рефлюкс-езофагіту С та D ступенів за ЛА чи грижі стравохідного отвору >2 см, можна рекомендувати TIF при їх небажанні проведення антирефлюксного хірургічного втручання (сильна рекомендація, низька якість доказів).

Ключові поняття

- Рекомендовано проводити манометрію з високою роздільною здатністю перед хірургічним чи ендоскопічним лікуванням для того, щоб виключити ахалазію чи відсутність скоротливої здатності стравоходу на ділянці, де планується втручання. Для пацієнтів з неефективною стравохідною моторикою манометрія з високою роздільною здатністю повинна включати провокаційні тести, щоб

дослідити резерв скоротливості стравоходу (наприклад, багато швидких ковтків).

- Перед проведенням інвазивного лікування GERX необхідно виконати ретельну оцінку стану хворого та впевнитися, що діагноз підтверджений за допомогою точних методів діагностики, а також виявити можливі причини, які можуть викликати схожі симптоми (наприклад, ахалазію, для якої також характерні печія та регургітація), і протипоказання до такого втручання, зокрема відсутність скоротливості стравоходу.

Неголіки тривалого застосування ІПП

- Пацієнтів необхідно інформувати щодо можливих побічних ефектів, які можуть виникати при довготривалому прийомі ІПП. Незважаючи на те, що це найефективніші медичні засоби для лікування GERX, деякі медичні дослідження виявили можливий зв'язок між їх тривалим застосуванням та розвитком багатьох захворювань, серед яких кишкові інфекції, пневмонія, рак шлунка, остеопороз, хронічні захворювання нирок, дефіцити деяких вітамінів та мінералів, серцевий напад, інсульт, деменція та рання смерть. Ці дослідження мають недоліки, їхні дані не є остаточними та не встановлюють причинно-наслідкових зв'язків між прийомом ІПП і розвитком цих захворювань. Більше того, високоякісні дослідження продемонстрували, що прийом ІПП суттєво не збільшує ризик будь-якої з перелічених патологій, окрім кишкових інфекцій. Тим не менш, не можна повністю виключити можливість розвитку цих несприятливих станів. Проте фахівці в галузі гастроентерології погоджуються, що добре вивчені переваги ІПП при лікуванні GERX значно перевищують такі теоретичні ризики.

- Заміна ІПП може бути необхідною для тих пацієнтів, хто переживає незначні побічні ефекти від їх прийому: головний біль, біль у животі, нудоту, блювання, діарею, запор, метеоризм.

- Для пацієнтів із GERX, що приймають ІПП та не мають додаткових ризиків остеопорозу, не рекомендовано додаткове споживання кальцію, вітаміну D чи моніторинг мінеральної щільності кісткової тканини.

- При відсутності ризиків недостатності вітаміну B₁₂ не варто проводити моніторинг його рівня в крові чи рекомендувати його додаткове споживання.

- Рутинний моніторинг рівня креатиніну в сироватці крові не показаний при постійному прийомі ІПП та відсутності додаткових ризиків захворювань нирок.

- Для пацієнтів із GERX, що приймають клопідогрель та мають езофагіт С чи D ступеню за ЛА, а також при недостатньому контролі симптомів за допомогою альтернативних методів наявні дані високої якості зазначають, що переваги від прийому ІПП значно перевищують можливі серцево-судинні ризики.

- ІПП можна застосовувати для лікування пацієнтів із GERX та нирковою недостатністю після проведення додаткових обстежень чи консультації з нефрологом.

Лікування та діагностика GERX мають безліч різноманітних опцій. Тому лікарям, які ведуть пацієнтів із цією патологією, необхідно чітко розуміти, які терапевтичні опції та в яких ситуаціях варто застосовувати. ACG надала рекомендації, в яких чітко прописані алгоритми для різних клінічних ситуацій, а також представлені переваги та недоліки як нових, так і вже добре вивчених методів лікування GERX.

За матеріалами Ph.O. Katz et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol 2022; 117: 27-56. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001538>; published online November 22, 2021.

Підготувала **Роксоляна Денисюк**

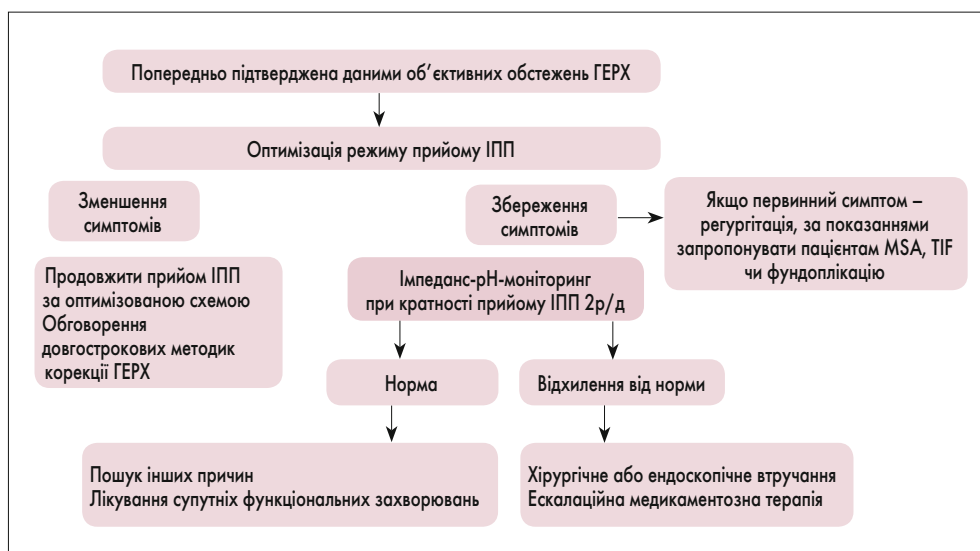


Рис. 4. Алгоритм діагностичних обстежень при збереженні симптомів GERX після пробної терапії ІПП пацієнтам, яким раніше проводили діагностичні обстеження, що підтверджують діагноз

Доступ до медичних послуг в Україні після 8 місяців війни

Усі 8 місяців війни система охорони здоров'я України в цілому продовжує функціонувати, проте для дедалі більшої кількості цивільного населення зростаючі вартість, логістичні перешкоди та пошкоджена інфраструктура роблять доступ до основних послуг все більш проблематичним.

Нещодавнє опитування Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо потреб в галузі охорони здоров'я виявило збільшення бар'єрів для доступу, але також вказує на певні шляхи їх усунення.

Це одні з ключових висновків нещодавньої оцінки потреб у сфері охорони здоров'я, проведеної Бюро ВООЗ в Україні та наданої Міністерству охорони здоров'я України, міжнародним та національним партнерам у сфері охорони здоров'я, а також гуманітарним організаціям на місцях.

Оцінка була спрямована на визначення потреб у сфері охорони здоров'я, основних перешкод у доступі до первинної та спеціалізованої медичної допомоги і лікарських засобів. Методологія дослідження враховувала кореляцію між доходами та доступом до окремих категорій медичних послуг і товарів для населення України старше 18 років.

Деякі висновки включають інформацію з різних географічних регіонів, а також про потреби в охороні здоров'я внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Опитування, проведене у вересні 2022 р., є першою подібною оцінкою з початку російського вторгнення в Україну 24 лютого.

«Люди по всій Україні повідомляють, що основними бар'єрами для доступу до медичної допомоги є вартість, часові обмеження, пов'язані з тим, щоб дістатися до медичного закладу і назад, час на отримання медичної допомоги, а також обмежена транспортна доступність, — зазначив д-р Ярно Хабіхт, Голова Бюро ВООЗ в Україні. — Головною проблемою є вартість лікування. Найбільш уразливими залишаються люди, які проживають на тимчасово окупованих територіях та в зонах активних бойових дій, де кожен третій повідомляє про обмежений доступ до послуг та ліків, порівняно з кожним п'ятим в цілому по країні».

Відповідно до результатів дослідження, система охорони здоров'я країни залишається стійкою, а загальний доступ до певного рівня медичних послуг — високим. З тих, хто звертався по медичну допомогу, 95% повідомили, що отримали послуги первинної медичної допомоги, а до 90% опитаних мали доступ до медичних послуг у зв'язку із хронічними захворюваннями. Але майбутні зимові виклики та остання ескалація бойових дій можуть додати значного навантаження на систему охорони здоров'я, оскільки тисячі цивільних осіб живуть у пошкоджених будинках без опалення та електроенергії, потенційно вразливі через небезпеку, спричинену похолоданням, — від обмороження до пневмонії. Ще одним викликом є COVID-19 у поєднанні з сезонним грипом, оскільки значна кількість населення все ще не вакцинована від COVID-19, що викликає занепокоєння в той час, коли захворюваність на респіраторні інфекції традиційно зростає.

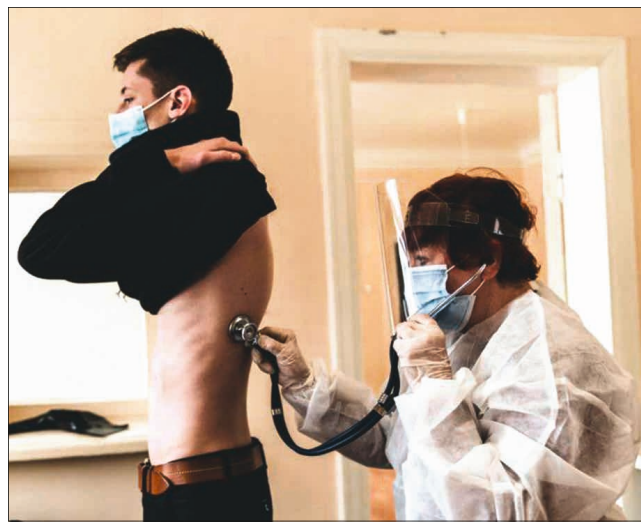
Аналіз, проведений Світовим банком та Програмою розвитку ООН, показав, що через війну перетнути межу бідності можуть 60% населення або навіть більше. Дослідження ВООЗ вказує на посилення економічних негараздів, які можуть наражати на небезпеку добробут мільйонів людей.

«Результати дослідження можуть допомогти уряду та партнерам у сфері охорони здоров'я усунути критичні прогалини в розробці відповідного середньо- та довгострокового плану реагування, — сказав д-р Хабіхт. — Ми продовжимо тісно співпрацювати з Міністерством охорони здоров'я України, аби знайти оптимальні рішення. Ще до війни процес реформування системи охорони здоров'я в Україні демонстрував обнадійливий результат. Ми повинні це розвивати. Зобов'язання щодо

забезпечення загального медичного обслуговування є цілком реальними. ВООЗ була і буде тут для підтримки системи охорони здоров'я, з метою розширення доступу до медичної допомоги для всіх, незалежно від того, наскільки складними є виклики».

Деталі оцінки потреб у сфері охорони здоров'я

Оцінка потреб у сфері охорони здоров'я — це системний метод аналізу проблем у сфері охорони здоров'я, з якими стикається населення, що призводить до вироблення узгоджених пріоритетних напрямків та стратегій особами, які приймають рішення в галузі охорони здоров'я, та керівництвом країни.



Ключові висновки

- Кожен третій опитаний дорослий українець звертався по первинну медичну допомогу.
- Кожен другий респондент повідомив про наявність щонайменше однієї перешкоди у доступі до будь-якого рівня медичної допомоги, найпоширенішою з яких є вартість послуг.
- Кожен п'ятий українець не зміг отримати необхідні ліки. Висока вартість, відсутність потрібних препаратів та великі черги в місцевих аптеках — основні причини.
- Ті, хто проживає на тимчасово окупованих територіях/районах активних бойових дій, як правило, звертаються по медичні послуги рідше, ніж мешканці інших регіонів, тоді як ВПО роблять це значно частіше, ніж місцеві жителі.

Доступ до ліків

За даними опитування, загалом кожна п'ята людина (22%) не змогла отримати необхідні їй ліки. На тимчасово окупованих територіях та територіях з активною фазою конфлікту цей показник зростає до кожної третьої особи. Схожа ситуація і з ВПО.

Найчастіше респонденти називали такі види ліків, які важко було отримати:

- для зниження артеріального тиску — 49%;
- від серцевих захворювань — 49%;
- знеболювальні — 41%;
- седативні — 33%;
- антибіотики — 32%.

Основні причини неотримання ліків:

- підвищення вартості — 84%;
- відсутність необхідних препаратів у аптеці — 46%.



Домогосподарства, які складаються лише з жінок, мають значно менші доходи та більші витрати на медичні послуги і ліки, ніж ті, в яких проживають і чоловіки. Доходи домогосподарств, закономірно, впливають на рівень доступу до медичних послуг.

Доступ до медичної допомоги при хронічних захворюваннях

Кожен третій респондент або член його домогосподарства має хронічні захворювання; більше половини з цієї групи (52%) зверталися по медичну допомогу у зв'язку із хронічними захворюваннями. Найбільш поширеними є серцево-судинні захворювання (61%), діабет (25%) та захворювання нирок (21%). Цю тенденцію ВООЗ спостерігає по всій країні.

Другий раунд дослідження потреб у медичній допомозі заплановано на грудень для моніторингу змін у потребах населення у зв'язку із настанням зими.

Поточні заходи у галузі охорони здоров'я

У відповідь на поточні нагальні потреби ВООЗ продовжує постачати до країни життєво необхідні медичні засоби. Починаючи з 24 лютого 2022 р., у координації з Міністерством охорони здоров'я, в Україну вже було доставлено понад 1 350 метричних тонн вантажу. ВООЗ продовжує доставляти вкрай необхідні медикаменти у нещодавно звільнені райони, у тому числі Харківську й Донецьку області. За останні кілька тижнів допомога була доставлена до Ізюма, Лиману, Харкова та Святогірська.

Окрім медичних та гуманітарних поставок, ВООЗ також забезпечує розбудову потенціалу і надає технічні рекомендації для задоволення поточних потреб у сфері охорони здоров'я. ВООЗ провела тренінги для понад 11 000 медичних працівників з низки напрямків, зокрема, травматологічної хірургії, медичної допомоги при масових втратах, хімічної небезпеки, епідеміології та лабораторної діагностики.

Мобільні медичні бригади за підтримки ВООЗ продовжують забезпечувати доступ до медичних консультацій для найбільш вразливих верств населення та тих, хто повернувся на звільнені території. Разом із партнерами ВООЗ зосередилася на забезпеченні розширеної первинної медичної допомоги і підтримці в управлінні хронічними захворюваннями, такими як гіпертонія та діабет, у багатьох областях.

ВООЗ також робить свій внесок у Національну програму охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, започатковану Оленою Зеленською з метою підтримки широких верств населення. За оцінками, майже 10 млн людей перебувають під загрозою розвитку цілої низки психічних розладів — від сильної тривоги та стресу до посттравматичного стресового розладу й суїцидальних тенденцій.

Зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози при цукровому діабеті: патогенез, клінічні прояви та принципи лікування

8 грудня 2021 року Всеукраїнська Асоціація безперервної професійної освіти лікарів і фармацевтів за підтримки Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика провела науково-практичну фахову школу-семінар з онлайн-трансляцією «Здоров'я нації в XXI столітті», де розглядалися тільки актуальні знання, засновані на засадах доказової медицини та сучасних клінічних протоколах. Слухачі мали змогу почути доповіді провідних експертів про особливості діагностики COVID-19 на догоспітальному етапі, «гострі» питання пульмонології в умовах пандемії, клінічні аспекти неврології, менеджмент серцево-судинних ризиків, актуальні питання на амбулаторному прийомі, клінічну діагностику та лікування у гастроентерологічній практиці. Президент асоціації дієтологів України, кандидат медичних наук, доцент Олег Віталійович Швець представив слухачам важливу та обґрунтовану доповідь «Екзокринна недостатність підшлункової залози при цукровому діабеті». Для зручності сприйняття цієї цікавої та актуальної для практикуючого лікаря теми пропонуємо її у форматі «питання – відповідь».

? **Яке сучасне визначення поняття зовнішньосекреторної (екзокринної) недостатності підшлункової залози (ЗНПЗ)? Які її основні причини?**

ЗНПЗ визначається недостатньою продукцією екзокринних панкреатичних ферментів (амілаз, протеаз та ліпаз) та/або бікарбонату натрію, що зумовлює порушення перетравлення та всмоктування нутрієнтів. Розрізняють первинні та вторинні причини ЗНПЗ. До первинних відносять цукровий діабет (ЦД), хронічний панкреатит (ХП), рак підшлункової залози (ПЗ), хірургічні втручання на ПЗ, муковісцидоз. Вторинними чинниками патології є целіакія, хвороба Крона, операції на шлунку, синдром короткої кишки, синдром Золлінгера – Еллісона.

? **Чому виникає ЗНПЗ при ЦД? Чи залежить її поширеність від типу ЦД та тривалості хвороби?**

Існує тісний анатомічний і фізіологічний взаємозв'язок між ацинусами ПЗ та структурами острівців Лангерганса, тому патологічні процеси в екзокринному апараті ПЗ зумовлюють порушення ендокринної функції й навпаки.

При ЦД часто спостерігаються розлади зовнішньосекреторної функції та морфології ПЗ, характерні для алкогольного та ідіопатичного ХП. Було запропоновано кілька гіпотез, які могли б пояснити подібні взаємодії. Так, гіперглікемія сприяє активації та проліферації панкреатичних зірчастих клітин, які стимулюють вироблення колагену, а гіпоінсулінемія пригнічує диференціювання ацинарних клітин та синтез ферментів ПЗ. Ці зміни призводять до прогресування фіброзу, заміщення функціональної паренхіми, що супроводжується посиленням екзокринної та ендокринної недостатності (L. Szako et al., 2009). У дослідженні G. Groger та співавт. (1995) було продемонстровано, що при ЦД 1 типу 50% пацієнтів мають атрофічні та фібротичні зміни ПЗ, а також жирову інфільтрацію й втрату ацинарних клітин. Зміни проток ПЗ визначаються у 76% пацієнтів незалежно від типу ЦД та тривалості хвороби. Концентрація панкреатичної еластази 1 знижена у 40,7% пацієнтів із ЦД 1 типу та у 27% у випадку ЦД 2 типу. Більш тяжкий дефіцит інсуліну та вища поширеність мікронасудкових ускладнень при ЦД 1 типу зумовлює більш суттєве погіршення екзокринної функції ПЗ. ЗНПЗ також корелює з більшою тривалістю діабету та меншим індексом маси тіла.

? **Які основні механізми розвитку ЗНПЗ при ЦД?**

Згідно з сучасним систематичним оглядом 2018 року, механізм порушення екзокринної функції ПЗ при ЦД 1 та 2 типу пов'язаний із наступними чинниками:

- 1) зниження трофічного впливу інсуліну на ацинарну тканину ПЗ, що викликає атрофію органу;
- 2) гостра гіперглікемія пригнічує базальне та холецистокінін-стимульоване вивільнення панкреатичних ферментів за інсулінонезалежним механізмом;
- 3) активація панкреатичних зірчастих клітин відіграє ключову роль у розвитку фіброзу ПЗ;
- 4) нестача інших гормонів (глюкагону, соматостатину) викликає дисрегуляцію синтезу ферментів і, як наслідок, екзокринну;
- 5) діабетична мікроангіопатія призводить до недостатньої перфузії внаслідок локальної мікроангіопатії, що спричинює ішемію екзокринної ПЗ, а згодом фіброз, атрофію та ЗНПЗ;
- 6) діабетична автономна нейропатія зумовлює порушення ентеропанкреатичних рефлексів;
- 7) вірусні інфекції;
- 8) аутоімунні процеси;
- 9) генетичні зміни можуть збільшити одночасне ураження екзокринної та ендокринної тканини ПЗ (G. Zsori et al., 2018).

? **Які клінічні симптоми характерні для ЗНПЗ?**

Основними клінічними проявами ЗНПЗ є нудота, здуття, діарея, стеаторея, втрата маси тіла (M.R. Struyenberg et al., 2017). Дані щодо поширеності диспепсичних симптомів у пацієнтів із ЦД обмежені. У недавньому огляді клінічної практики Cummings та співавт. (2015) обстежили 288 пацієнтів із ЦД 1 та 2 типу. У 24% хворих виявили один або кілька симптомів з боку шлунково-кишкового тракту (стеаторею, втрату маси тіла,

5-й, 6-й, 7-й тип випорожнень за Бристольською шкалою), що узгоджувалося з діагнозом екзокринної недостатності. Серед цих пацієнтів 42% мали низький рівень фекальної панкреатичної еластази 1, який відповідав середньому або тяжкому перебігу ЗНПЗ. Походження абдомінальних симптомів при ЦД не завжди пов'язано тільки з ЗНПЗ та стеатореєю, вони можуть бути наслідком побічних ефектів метформіну, синдромом надмірного бактеріального росту в тонкій кишці, автономної нейропатії кишечника або супутньої целіакії, що значно ускладнює диференціальну діагностику патології за клінічними проявами. Загалом імовірність наявності ЗНПЗ вважається високою у пацієнтів із ЦД, які мають симптоми кишкової диспепсії, ознаки мальнутриції та поганий контроль глікемії, незважаючи на адекватну терапію, дієту і комплайнс (V. Terzin et al., 2014).

? **Які сучасні методи використовують для підтвердження ЗНПЗ при ЦД?**

До сучасних методів діагностики ЗНПЗ у закордонній практиці належать: ендоскопічні функціональні панкреатичні тести, які є золотим стандартом, оскільки дозволяють оцінити секрецію ферментів і бікарбонатів прямим методом; визначення коефіцієнту абсорбції жиру; секретинстимульована магнітно-резонансна холангіопанкреатографія; дослідження концентрації фекальної панкреатичної еластази 1; ¹³C-тригліцеридний дихальний тест, який допомагає не тільки оцінити активність ліпази в провітні дванадцятипалій кишки, а й встановити ефективність замісної ферментної терапії (ЗФТ). В Україні широко використовуються лише останні 2 методи. Нині для виявлення ЗНПЗ розглядають можливість застосування генетичних тестів, які демонструють зміни експресії генів, відповідальних за продукцію сигнальних протеїнів у ПЗ.

? **Які стратегії лікування ЗНПЗ у пацієнтів із ЦД є ефективними?**

Ключові акценти в лікуванні ЗНПЗ при ЦД включають попередження мальабсорбції нутрієнтів за допомогою адекватних доз ферментів під час кожного прийому їжі на постійній основі, корекцію втраченої маси тіла, яка є ознакою білково-енергетичної недостатності, шляхом збалансованої дієти, контроль глікемії. Оскільки поганий контроль глікемії асоціюється з некомпенсованою ЗНПЗ, необхідний регулярний моніторинг виконання рекомендацій з лікування ЦД, дієти та ЗФТ. Пацієнтам із ЦД та ЗНПЗ варто уникати рестриктивної дієти, що призводить до погіршення нутритивного статусу. Рекоменується споживати стабільну кількість вуглеводів та обмежити вживання цукру, припинити куріння та вживання алкоголю. Варто зауважити, що дієта № 5 за Певзнером, яка раніше широко застосовувалася у хворих на ЦД, на сьогоднішній день не відповідає принципам доказової медицини, оскільки не враховує можливостей сучасної фармакотерапії, не базується на об'єктивному трофологічному статусі пацієнта, використовує шаблонний підхід, не приділяючи уваги індивідуальним особливостям хворої людини, запроваджує необґрунтовані заборони, значно зменшуючи задоволення від прийому їжі, має незадовільний комплаєнс. Згідно з сучасними рекомендаціями, основою лікувального харчування пацієнтів із захворюваннями органів травлення є індивідуально адаптована збалансована дієта. Виключаються тільки ті харчові продукти, які не належать до здорових або погано переносяться. Такий підхід з урахуванням харчового статусу пацієнта в залежності від індивідуальних потреб в енергії та нутрієнтах у комплексі з ефективною фармакологічною терапією наближає харчування до оптимального. У 2016 р. у ретроспективному аналізі подвійного сліпого рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження група вчених під керівництвом професора D.C. Whitcomb виявила, що застосування ЗФТ зумовлює достовірне зменшення постпрандіальної глікемії та кількості глікованого гемоглобіну порівняно з вихідними рівнями після шестимісячного спостереження у пацієнтів із ЦД, асоційованим із калькульозним панкреатитом.

? **Які показання до застосування ЗФТ?**

Відповідно до Об'єднаних європейських гастроентерологічних рекомендацій з діагностики та лікування хронічного



О.В. Швець

панкреатиту (HaPanEU), ЗФТ показана пацієнтам із ХП та ЗНПЗ за наявності клінічних симптомів або лабораторних ознак мальабсорбції. Рекомендується ретельна нутритивна оцінка для виявлення ознак мальабсорбції (сильне погодження). Враховуючи значні резервні можливості ПЗ, «легка і середня» ЗНПЗ може бути певний час компенсована, й очевидна стеаторея не очікується, допоки секреція панкреатичної ліпази не знижується <10% від норми. Тим не менше пацієнти з «компенсованою» ЗНПЗ мають підвищений ризик нутритивного дефіциту, зокрема, жиророзчинних вітамінів із відповідними клінічними наслідками (сильне погодження).

? **Які ферменти є препаратами вибору?**

Кишковорозчинні мікросфери чи мінімікросфери розміром <2 мм є препаратами вибору для ЗФТ. Мікро- або мінітаблетки розміром 2,2-2,5 мм також можуть бути ефективними, хоча доказові дані в контексті ХП є більш обмеженими.

? **Яка оптимальна доза панкреатичних ензимів для лікування ЗНПЗ при ХП?**

Мінімальна доза ліпази, рекомендована на основний прийом їжі, становить 40-50 тис. ОД та половина цієї дози – на перекус (сильне погодження).

? **Від чого залежить ефективність ЗФТ?**

Ефективність ферментних препаратів залежить від декількох факторів: змішування з їжею, спорожнення шлунка під час їжі, змішування з дуоденальним хімузом та жовчними кислотами, швидкості вивільнення ферментів у дванадцятипалій кишці.

? **Який ефективний ферментний препарат доступний на українському фармацевтичному ринку?**

Препарат Мезим® капсули має сучасну формулу комплексу панкреатичних ферментів, випускається в дозі 10 та 25 тис. ОД, що забезпечує високу зручність його використання протягом тривалого часу у пацієнтів із ЗНПЗ та ЦД. Цей лікарський засіб представлений у формі твердих капсул (2x2 мм), що містять стандартизовану кількість кишковорозчинних мінітаблеток, вкритих функціональною мембраною. Завдяки інноваційній технології Eurand Minitabs® Technology розчинення капсули забезпечує швидке вивільнення стійких до дії шлункового соку монорозмірних мінітаблеток ще у шлунку, їх рівномірне перемішування з їжею та одномоментну евакуацію зі шлунка в дванадцятипалу кишку, де відбувається швидке і повне вивільнення панкреатичних ферментів. Саме висока кислотостійкість мінітаблеток запобігає передчасній руйнації панкреатичних ферментів під дією соляної кислоти, дає змогу контролювати швидкість вивільнення ліпази та забезпечує оптимальну активацію панкреатичних ферментів у лужному середовищі тонкої кишки. Закономірним наслідком застосування технології Eurand Minitabs® Technology є підвищення біологічної доступності панкреатину, що забезпечує вищу фармакологічну доступність препарату Мезим® капсули порівняно зі стандартними твердими пероральними лікарськими формами, такими як таблетки та капсули, заповнені гранулами.

Таким чином, ЗНПЗ є небезпечним ускладненням/супутнім станом при ЦД, який неоптимально виявляється у клінічній практиці. Збалансована дієта є основою харчування хворих із ЦД за підтримки постійної ЗФТ в адекватних дозах. Кращий контроль глікемії забезпечується відповідною компенсацією ЗНПЗ. Регулярний контроль нутритивного статусу пацієнтів необхідний для своєчасного виявлення та лікування мальнутриції.

Підготувала **Вікторія Бандалетова**

Проблема менеджменту пацієнтів із харчовою анафілаксією: система оцінки тяжкості симптомів

Харчова анафілаксія (ХА) – найпоширеніший тип алергічної реакції (АР) у дітей, що призводить до смерті [1-5]. Зазвичай ХА розвивається внаслідок випадкового вживання великої кількості алергену, тоді як під час пероральної навантажувальної харчової проби (ПНХП, oral food challenge) або після випадкового контакту з алергеном вона розвивається рідко [2, 6]. При ХА лікарі рідко вводять адреналін, тому ризик загибелі дитини є високим [3]. Оскільки клінічний перебіг ХА непередбачуваний, сучасні настанови рекомендують у таких випадках негайне введення адреналіну [7-17].

Різні АР, асоційовані з харчовими алергенами (АРАХА), зазвичай мають легкий перебіг [4, 18, 19] та минають самостійно, не переходячи в ХА [18]. Такі типи харчової алергії не потребують введення адреналіну, що підтверджується клінічним досвідом та зазначено в рекомендаціях і протоколах лікування алергії [9, 13, 18, 20]. Діагностичні критерії ХА не є ідеальними для виявлення пацієнтів, які потребують негайного введення адреналіну [21]. Більше того, численні рекомендації та протоколи лікування ХА у деяких країнах істотно відрізняються [13-17, 20, 22]. Сьогодні єдиним, що може допомогти контролювати виникнення ХА, є оцінка тяжкості клінічних симптомів [23, 24].

Для кількісної оцінки тяжкості анафілаксії розроблено кілька систем, жодна з яких не є ідеальною або має підтверджену ефективність [25]. Вони значно відрізняються одна від одної через відсутність єдиних критеріїв, різні вікові когорти і відмінності в тригерах анафілаксії (наприклад, їжа [27-29], наркотичні речовини [30], отрути [31] або імунотерапія [32-34]). Деякі системи оцінки анафілаксії засновані на думці експертів [26, 28, 32, 33, 35-37], і лише незначна їх частина базується на реальному клінічному досвіді менеджменту пацієнтів з анафілаксією [31, 38], де використовуються різні визначення анафілаксії, що можуть охоплювати лише ключові симптоми [26, 30, 31] або, навпаки, широкий спектр симптомів [28, 33].

Оцінка тяжкості ХА базується (частково або повністю) на основі клінічно контрольованої ПНХП [2, 23, 29]. Проте ПНХП відрізняється від реальної клінічної картини ХА і може не оцінювати реакцію повністю [33, 39, 40]. Дані літератури свідчать, що ПНХП зазвичай припиняється після перших, часто незначних ознак алергії [24, 35, 39, 40], тоді як у реальному житті розвиток анафілаксії часто залежить від дози алергену. Так, навіть незначна кількість алергену, що потрапив до організму, потенційно може викликати анафілактичну реакцію. Тому оцінка тяжкості симптомів анафілаксії, підтверджена реальним клінічним перебігом ХА, дуже важлива.

Проведено дослідження, метою якого було оцінити ключові ознаки анафілаксії, ступені тяжкості її перебігу та план догляду в одну систему з моделлю прийняття рішень щодо лікування анафілаксії, яка була б корисною для рутинної клінічної практики.

Методи

Дизайн дослідження

Дослідження проводилося з 2 травня 2016 р. по 4 липня 2019 р. у відділенні алергології та пульмонології Національного науково-дослідного інституту туберкульозу та захворювань легень (м. Рабка-Здруй, Польща). Усі пацієнти та їх батьки/опікуни

були проінформовані про мету дослідження та надали письмову інформовану згоду.

Діти з гострими АРАХА були госпіталізовані до відділення невідкладної педіатричної допомоги, далі – до алергологічного відділення, оскільки проспективно потребували подальшого лікування та детальної оцінки симптомів алергії. Діагноз системної алергічної реакції (САР) або анафілаксії та ступінь її тяжкості, відповідно до визначеної системи оцінки тяжкості, визначався одним і тим же експертом з анафілаксії – доктором Блазовським – на основі поглибленого аналізу анамнезу хвороби, оцінки клінічних симптомів, які тісно корелювали з прийомом їжі та аналізом наявної медичної документації.

Визначення ХА базувалося на критеріях, опублікованих Австралійським товариством клінічної імунології та алергії (Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy) [10] і Комітетом з анафілаксії Всесвітньої алергологічної організації (World Allergy Organization Anaphylaxis Committee) [11].

Анафілаксія, асоційована з харчовим алергеном

ХА визначалася за наявністю:

- гострого початку захворювання, що розвивається після впливу харчового алергену, із симптомами з боку шкіри або слизових оболонок (наприклад, генералізованої кропив'янки, почервоніння, свербіж, ангіоневротичного набряку) та ураження респіраторного тракту (наприклад, задишки, бронхоспазму, обструкції верхніх дихальних шляхів), серцево-судинної системи (ССС; наприклад, гіпотонії, ураження органів-мішеней) або тяжких шлунково-кишкових симптомів (наприклад, блювання, абдомінального болю); або
- будь-якого гострого початку гіпотензії, бронхоспазму або обструкції верхніх дихальних шляхів після впливу харчового алергену, навіть при відсутності типових шкірних симптомів.

Гіпотензію визначали як зниження систолічного артеріального тиску (АТ):

- 1) у дітей віком від 0 до 10 років за формулою 70 мм рт. ст. + [2 × вік у роках];
- 2) у дітей віком 10 років і старше ≤90 мм рт. ст. [8].

Ураження гортані включало стридор, зміни голосу або одиофагію [11].

САР

Легкі симптоми алергії, які не загрожували життю пацієнта, мали непрогресуючий перебіг та супроводжувалися ураженням

лише однієї системи органів, як-то: шкіри/слизової оболонки (генералізована кропив'янка, свербіж, припливи або ангіоневротичний набряк, за винятком ангіоневротичного набряку верхніх дихальних шляхів); шлунково-кишкового тракту (поколювання/свербіж у роті, нудота); верхніх дихальних шляхів (симптоми ураження носа/очей, свербіж у горлі), та були класифіковані як САР [33].

Якщо не прослідковувался зв'язок гострої АР із прийомом їжі, реакцію не включали у дослідження.

Збір даних

Дослідники зібтали відповідну інформацію про демографічні показники, особливості індивідуальних реакцій (симптоми та ознаки, включаючи порядок появи симптомів), тригери (прийом їжі за 4 години до появи перших ознак анафілаксії), кофактори анафілаксії, лікування та його результати за допомогою стандартизованої форми звіту про кожен випадок. Усі дані були внесені у базу даних.

Оцінка та вимірювання профілю алергії

Шкірні прик-тести з використанням стандартизованих екстрактів харчових продуктів та інгаляційних алергенів проводили відповідно до стандартних рекомендацій [42], з гістаміном 10 мг/мл як позитивний контроль. sIgE-сироватки виміряли за допомогою двох аналізів (Multiplex ImmunoCAP ISAC 112 і Singleplex ImmunoCAP100; ThermoFisher Scientific, Waltham, Massachusetts) відповідно до інструкцій виробника, як описано вище [43]. Імуноаналіз ImmunoCAP ISAC (ThermoFisher Scientific) вимірює рівні sIgE до 112 компонентів алергену, включаючи 43 компоненти харчових алергенів. Результати були виражені в одиницях ISAC (стандартизованих до одиниць sIgE ImmunoCAP), а сенсibiliзація була визначена як концентрація sIgE, що перевищує або дорівнює 0,3 стандартизованих одиниць ISAC. ImmunoCAP 100 (ThermoFisher Scientific) використовувався для вимірювання концентрації sIgE до алергену фундука (Cor a 14) та алергену кеш'ю (Ana o 3), які не входять до ImmunoCAP ISAC. Позитивний результат визначався як 0,35 kOА/л або більше.

Аналіз системи оцінювання тяжкості

Тяжкість симптомів класифікували за оціночними шкалами, що найбільш часто використовуються в алергології:

- 4-ступенева шкала Н.Л. Muller [31];
- 4-ступенева шкала J. Ring [30];
- 5-ступенева шкала Н.А. Sampson [28];
- 3-ступенева шкала А. Muraro [36];
- 5-ступенева шкала L. Cox [33].

У порівнянні шкал виявилися розбіжності результатів на 25-70%.

Аналіз даних

Через високу гетерогенність та значні розбіжності між базовими оцінками тяжкості ХА на рівні окремих симптомів дослідники відкоригували 5-ступеневу шкалу (Н.А. Sampson [28], L. Cox [33] та ін.) до 4-етапної, яку після адаптації використовували для оцінки розбіжностей у класифікації тяжкості ХА на основі симптомів 259 епізодів ХА у дослідженій популяції педіатричних пацієнтів (рис. 1).

Далі дослідники згрупували всі симптоми ХА в 4-етапну теплову карту відповідно до їх частоти в реальному житті та клінічного значення в анамнезі. За результатами теплової карти на основі клінічної картини та рішень щодо лікування, прийнятих під час менеджменту 259 проаналізованих АР, було створено нову візуальну систему оцінки тяжкості гострих харчових АР у дітей та модель рішення щодо введення адреналіну.

Результати

Базові характеристики

Загалом було проаналізовано 315 випадків гострих АРАХА у 210 дітей білої раси віком від 0 до 18 років. Важливо зазначити, що 56 АР не відповідали критеріям ХА та були виключені з дослідження через помірні та непрогресуючі симптоми з ураженням однієї системи органів. Таким чином, у дослідженні було проаналізовано 259 реальних епізодів ХА у 157 дітей, з яких 103 (56,6%) були чоловічої статі. Більшість дітей (56,1%) мали одну реакцію, тоді як 12,7% мали ≥3 епізодів ХА. Найбільш частими були шкірні симптоми та симптоми з боку слизової оболонки (81,1%), друге місце посіли респіраторні симптоми (58,3%).

Алерген

Найпоширенішим тригером, що викликав реакцію різного ступеня тяжкості, було коров'яче молоко, тоді як куряче яйце викликало реакцію переважно І та ІІ ступеня. Алергія на арахіс визначалася з майже однаковою частотою у випадках усіх ступенів тяжкості. Найбільш частими причинами ХА ІІІ ступеня були коров'яче молоко, арахіс та кеш'ю (26, 11 і 7% відповідно).

Компоненти алергену

Найбільш частими тригерами тяжкого ІІІ ступеня ХА у досліджуваній популяції були: компоненти Bos d 8 (казеїн, молоко), Ara h 2 (2S альбумін, арахіс), Gal d 1 (овомукон, яйце), Ana o 3 (2S альбумін, кеш'ю) і Jug r 1 (2S альбумін, волоський горіх).

Система	Симптоми	H.L. Muller, 1966	J. Ring, 1999	H.A. Sampson, 2003	A. Muraro, 2007	L. Cox, 2017	Proposed grading system
Шкірна та слизова оболонка	Свербіж шкіри, губ, очей, носа тощо	I	I	II	I	I	I
	Гіперемія	-	I	II	I	I	I
	Генералізована кропив'янка	I	I	II	I	I	I
	Ангіоневротичний набряк гортані	II	I	II	I	I	I
ШКТ	Оральний/піднебінний свербіж/поколювання	-	-	I	I	I	I
	Нудота/гіперсаливація	II	II	II	I	I	I
	Абдомінальний біль	II	II	-	II	II	II
	Блювання	II	III	III	II	II	II
Верхні дихальні шляхи	Діарея	-	III	IV	II	II	II
	Назальні симптоми	-	II	II	I	I	I
	Свербіж у горлі	-	-	III	I	III	I
	Охриплість голосу	III	II	IV	II	-	II
	Відчуття утрудненого дихання без причини	-	-	-	-	-	II
Нижні дихальні шляхи	Ангіоневротичний набряк верхніх дихальних шляхів	III	III	IV	II	-	III
	Стридор	-	-	IV	II	IV	III
	Кашель	-	-	-	-	I	II
	Відчуття стиснення в грудях, задишка	III	II	IV	II	III	II
	Легкий/помірний бронхоспазм	II	III	IV	II	III	II
Неврологічні симптоми	Тяжкий бронхоспазм	III	III	IV	III	IV	III
	Дихальна недостатність	IV	IV	V	III	V	IV
	Раптова зміна рівня активності	I	-	II	I	-	II
	Пресинкопе (запаморочення, слабкість)	II	-	IV	II	-	II
ССС	Сплутаність свідомості, сонливість	III	-	-	III	-	III
	Страх смерті	III	-	IV	II	-	III
	Втрата свідомості	IV	III	V	III	V	IV
ССС	Втрата свідомості	IV	III	V	III	V	IV
	Раптова релевантна гіпотонія	IV	II	V	III	V	III
	Бліда та в'яла дитина	-	-	-	-	-	III
	Короткий епізод колапсу, синкопе	IV	-	-	III	V	III
ССС	Серцева недостатність, зупинка серця	IV	IV	V	III	V	IV

Рис. 1. Основні розбіжності серед найбільш поширених шкал тяжкості ХА

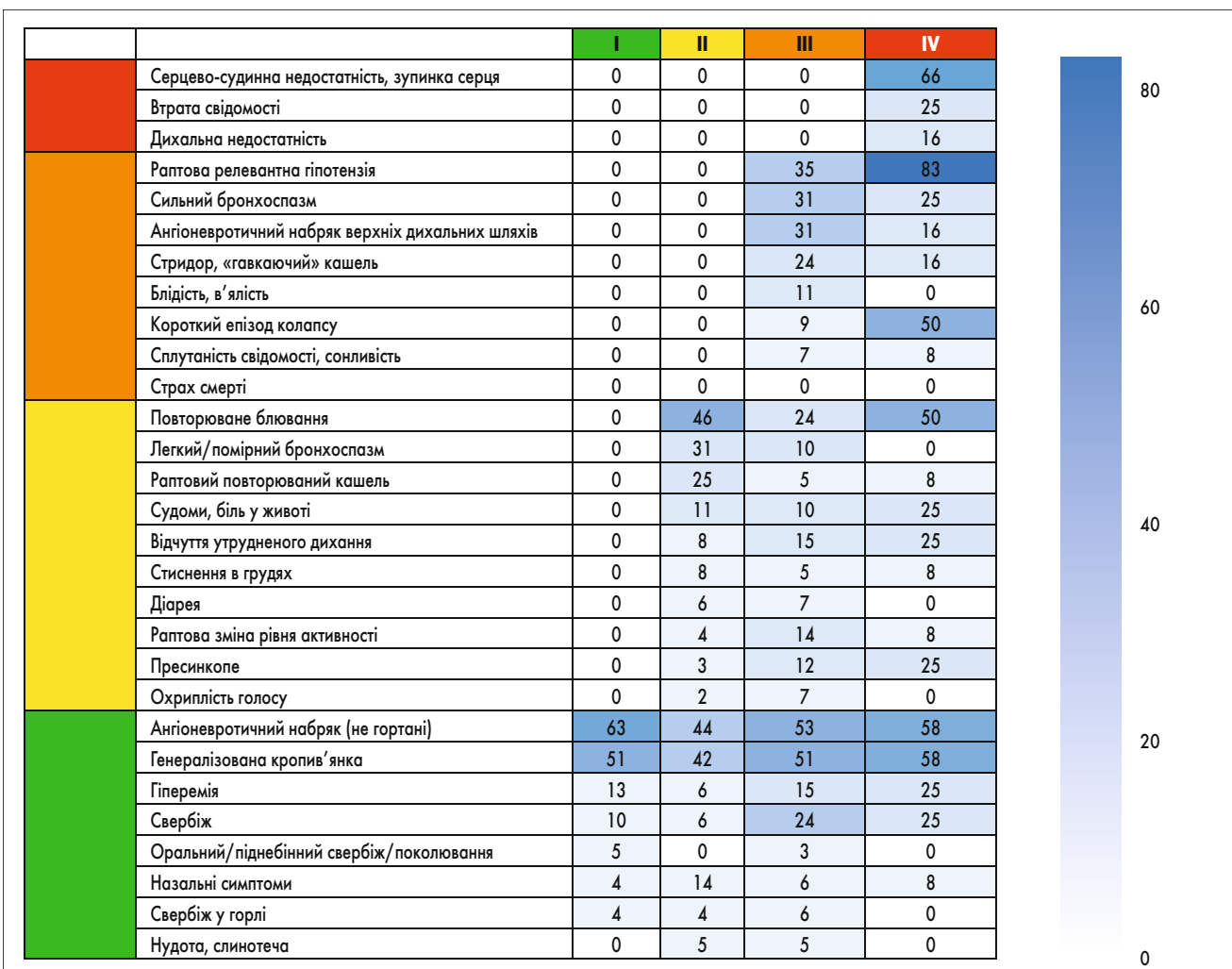


Рис. 2. Теплова карта поширеності симптомів ХА в досліджуваній популяції відповідно до запропонованої системи оцінки тяжкості гострих АР, асоційованих із прийомом їжі

Таблиця. Перелік ознак і симптомів ХА	
Система	Ознаки та симптоми
Шкіра та слизові оболонки	<ul style="list-style-type: none"> Свербіж шкіри, губ, очей, носа тощо; гіперемія; генералізована кропив'янка; ангіоневротичний набряк гортані.
ШКТ	<ul style="list-style-type: none"> Оральний/піднебінний свербіж/поколювання; нудота, гіперсалівація; абдомінальний біль; блювання; діарея.
Верхні дихальні шляхи	<ul style="list-style-type: none"> Назальні симптоми; свербіж у горлі; охриплість голосу; відчуття утрудненого дихання без причини; ангіоневротичний набряк верхніх дихальних шляхів; стридор, «гавкаючий» кашель.
Нижні дихальні шляхи	<ul style="list-style-type: none"> Кашель; відчуття стиснення у грудях, задишка; легкий/помірний бронхоспазм; тяжкий бронхоспазм; дихальна недостатність.
Неврологічні симптоми	<ul style="list-style-type: none"> Раптова зміна рівня активності; блідість, в'ялість; пресинкопе, запаморочення, слабкість; сплутаність свідомості, сонливість; страх смерті; втрата свідомості.
ССС	<ul style="list-style-type: none"> Раптова релевантна гіпотензія; блідість, в'ялість; короткий епізод колапсу, синкопе; серцева недостатність, зупинка серця.

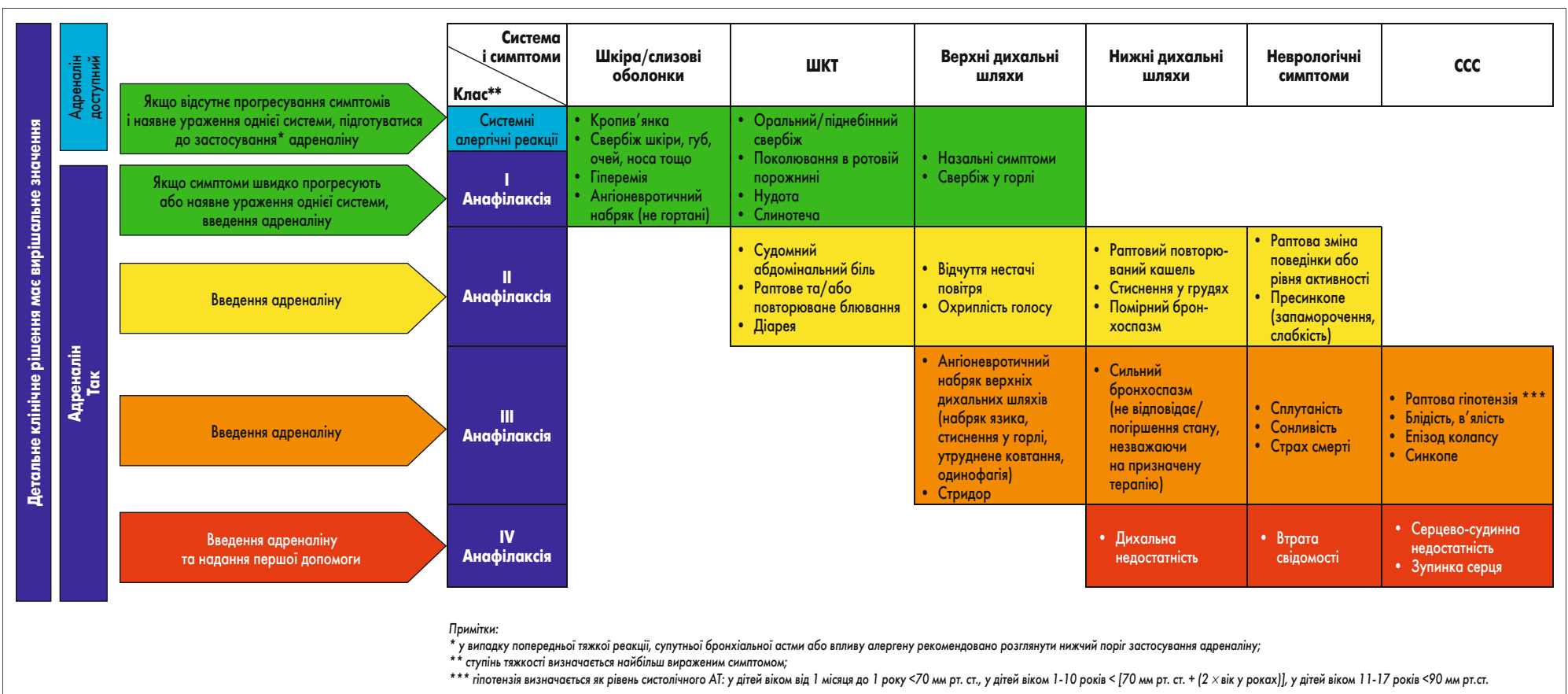


Рис. 3. Система оцінки тяжкості гострих АР, асоційованих з прийомом їжі, з двоетапною моделлю прийняття рішення щодо введення адреналіну

Створення нової системи оцінювання

Після класифікації всіх симптомів із 259 епізодів ХА за 4-ступеневими шкалами (H.L. Muller [31], J. Ring [30], H.A. Sampson (адаптований) [28], L. Cox [33]) були визначені розбіжності між балами тяжкості на 24,7-70,2%.

Дослідники згрупували всі 29 симптомів (табл.) ХА в 4-етапну теплову карту відповідно до їх клінічної значущості та частоти в реальному житті серед досліджуваної популяції (рис. 2). На основі аналізу теплової карти, клінічної картини та лікування 259 випадків було створено візуальну систему оцінки тяжкості гострих АР харчового походження. Загалом 6 колонок містять симптоми з ураження 6 систем, які задіяні в анафілаксії, а саме: шкіри, ШКТ, верхніх та нижніх дихальних шляхів, ССС і центральної нервової системи. Симптоми поділені на кілька ступенів залежно від їх клінічної тяжкості, починаючи від легких САР до 4 ступенів анафілаксії (рис. 3).

Поширеність симптомів ХА серед досліджуваної популяції з окремими ступенями тяжкості докладно показана на рис. 3. Ангіоневротичний набряк був найчастішим шкірним симптомом, який спостерігався у 52% реакцій усіх ступенів тяжкості (63, 44, 53 та 58% реакцій I, II, III і IV ступеня відповідно). Серед симптомів ШКТ повторювані епізоди блювання були найчастішими (28% ХА) і виникали у 46, 24 та 50% з реакцією II, III і IV ступеня відповідно. Майже одна третина (31%) АР з ізольованими симптомами з боку ШКТ та відсутністю шкірних ознак на початку прогресувала до анафілаксії

з порушенням дихання або ССС. Ангіоневротичний набряк був найчастішим (10% ХА) симптомом з боку верхніх дихальних шляхів і виникав у 31 та 16% пацієнтів із реакцією III та IV ступеня відповідно. Верхні дихальні шляхи були залучені в 55,6% реакцій III та IV ступеня. Серед симптомів нижніх дихальних шляхів домінував бронхоспазм (26% ХА), який призводив до дихальної недостатності у 16% реакцій IV ступеня. Симптоми з боку центральної нервової системи були присутні у 13% випадків ХА і у 50% передували серйозним порушенням роботи ССС, що призвело до 83,3% реакцій IV ступеня. Введення адреналіну було найчастішим у випадках АР IV ступеня (58,3%).

Модель рішення щодо введення адреналіну двоетапна. Етап I (адреналін так) включає:

- симптоми, що швидко (протягом хвилин) прогресують, навіть слабкі симптоми або з боку однієї системи;
- будь-які симптоми з ураженням більше однієї системи;
- анафілаксія будь-якого ступеня (I-IV).

Етап 2 (адреналін доступний і підготовлений до використання) обмежується легкими та непрогресуючими САР із ураженням лише однієї системи (шкіри, рота, носа/очей) і без анафілаксії.

Обговорення

Це перше дослідження, метою якого було створення системи оцінки тяжкості гострих АРАХА, яка базується на анамнезі

реальних випадків ХА у педіатричній популяції. Дослідники згрупували 259 епізодів ХА в 4-етапну теплову карту на основі їх частоти та клінічної значущості.

Висновки

Значні розбіжності між системами оцінки тяжкості та стратегіями лікування анафілаксії асоціюються з ризиками для пацієнта. Оптиміальна система оцінки тяжкості анафілаксії повинна бути інтуїтивно зрозумілою для застосування в рутинній клінічній практиці, враховуючи, що ступені тяжкості відображають прогресування захворювання від легкого до летального [60]. У цьому дослідженні запропонована нова візуальна система оцінки тяжкості ХА, заснована на реальній клінічній картині анафілаксії, що включає оцінку гострих АРАХА, оцінених в педіатричній популяції. Візуальна система оцінки ХА є корисним інструментом для прийняття клінічних рішень щодо потреби введення/не введення адреналіну при розвитку симптомів харчової алергії.

Реферативний огляд статті
L. Blazowski, P. Majak, R. Kurzawa et al. (2021). A severity grading system of food-induced acute allergic reactions to avoid the delay of epinephrine administration. Ann Allergy Asthma Immunol. 2021 Oct; 127 (4): 462-470. e2. doi: 10.1016/j.anaai.2021.04.015.

Підготувала Анна Хиць

Вірусний гепатит у дорослих

Стандарти медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 19.

допомоги), розташованими на території обслуговування, до регіонального управління/департаменту охорони здоров'я.

- Дані надаються поштою, у тому числі електронною.
- Підрахунок проводиться шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням/департаментом охорони здоров'я після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики/сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), розташованих на території обслуговування.

- Знаменник індикатора складає кількість людей, що живуть із хронічною інфекцією ВГВ.

Джерелом інформації є дані популяційного серологічного дослідження або інших досліджень, дані офіційної статистики, результати тестувань тощо.

- Чисельник індикатора: кількість осіб, які мають встановлений діагноз ВГВ. Джерелом інформації є медична карта амбулаторного хворого (форма первинної облікової документації № 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.
- Значення індикатора наводиться в абсолютних числах та відсотках.

4.4

- А) Кількість та відсоток людей, які отримують лікування, серед тих, хто живе із хронічною інфекцією ВГВ.**
Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих».

- В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.**

Другий показник лікувального каскаду оцінює кількість та відсоток людей, які отримують лікування, серед тих, хто живе із хронічною ВГВ інфекцією. Можливий альтернативний розрахунок, коли у знаменнику використовується кількість осіб зі встановленим діагнозом. Цей показник відображає ефективність програм лікування, у тому числі способів залучення до лікування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора: відповідно до цілей Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р, до 2025 року 20% осіб із ВГВ, які потребують лікування, мають його отримати, до 2030 року таких осіб має бути 40%.

- Г) Інструкція з обчислення індикатора.**

- Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики/сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); регіональне управління/департамент охорони здоров'я.
- Дані надаються лікарями загальної практики/сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до регіонального управління/департаменту охорони здоров'я.
- Дані надаються поштою, у тому числі електронною.
- Підрахунок проводиться шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології в ЗОЗ – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням/департаментом охорони здоров'я після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики/сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), розташованих на території обслуговування.

- Знаменник індикатора складає: оціночна кількість осіб із хронічною ВГВ-інфекцією (варіант розрахунку 1) або кількість людей зі встановленим діагнозом ВГВ (варіант розрахунку 2).

Джерелом інформації є дані популяційного серологічного дослідження або узагальнені дані інших досліджень, офіційної статистики, результати тестувань (варіант розрахунку 1), або медична карта амбулаторного хворого (форма первинної облікової документації № 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974 (варіант розрахунку 2).

- Чисельник індикатора: кількість осіб, які отримують лікування від ВГВ. Джерелом інформації є медична карта амбулаторного хворого (форма первинної облікової документації № 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.
- Значення індикатора наводиться в абсолютних числах та відсотках.

4.5

- А) Кількість та відсоток людей, які отримують лікування ВГВ, серед тих, хто отримує лікування ВГВ.**
Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих».

- В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.**

Фінальний показник лікувального каскаду ВГВ, який відображає ефективність лікування, серед тих, хто його отримує та був протестований на вірусне навантаження за звітний період. Показник не залежить від охоплення тестуванням на вірусне навантаження, яке потрібно аналізувати окремо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора: не визначено.

- Г) Інструкція з обчислення індикатора.**

- Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики/сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); регіональне управління/департамент охорони здоров'я.
- Дані надаються лікарями загальної практики/сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до регіонального управління/департаменту охорони здоров'я.
- Дані надаються поштою, у тому числі електронною.
- Підрахунок проводиться шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням/департаментом охорони здоров'я після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики/сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), розташованих на території обслуговування.

- Знаменник індикатора складає кількість осіб, які отримують лікування від ВГВ.

Джерелом інформації є медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

- Чисельник індикатора: кількість осіб, які отримують лікування від ВГВ та мають невизначене вірусне навантаження в останньому тесті, проведеному протягом 12 місяців. Джерелом інформації є медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.
- Значення індикатора наводиться в абсолютних числах та відсотках.

4.6

- А) Кількість та відсоток осіб, обстежених на вірусне навантаження протягом 12 місяців, серед тих, хто отримує лікування.**

- Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.**

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих».

- В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.**

Цей показник описує охоплення послугами з оцінки ефективності лікування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора: 100% обстежених.

- Г) Інструкція з обчислення індикатора.**

- Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики/сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); регіональне управління/департамент охорони здоров'я.
- Дані надаються лікарями загальної практики/сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до регіонального управління/департаменту охорони здоров'я.
- Дані надаються поштою, у тому числі електронною.
- Підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням/департаментом охорони здоров'я після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики/сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), розташованих на території обслуговування.

- Знаменник індикатора складає кількість осіб, які пройшли обстеження на вірусне навантаження за 12 місяців.

Джерелом інформації є медична карта амбулаторного хворого (форма первинної облікової документації № 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

- Чисельник індикатора: кількість осіб, які отримують лікування ВГВ.

Джерелом інформації є медична карта амбулаторного хворого (форма первинної облікової документації № 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

- Значення індикатора наводиться в абсолютних числах та відсотках.

Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 49 від 15 січня 2021 р.



ВІСНИК online

щомісячний дайджест
для лікарів

Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань — газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

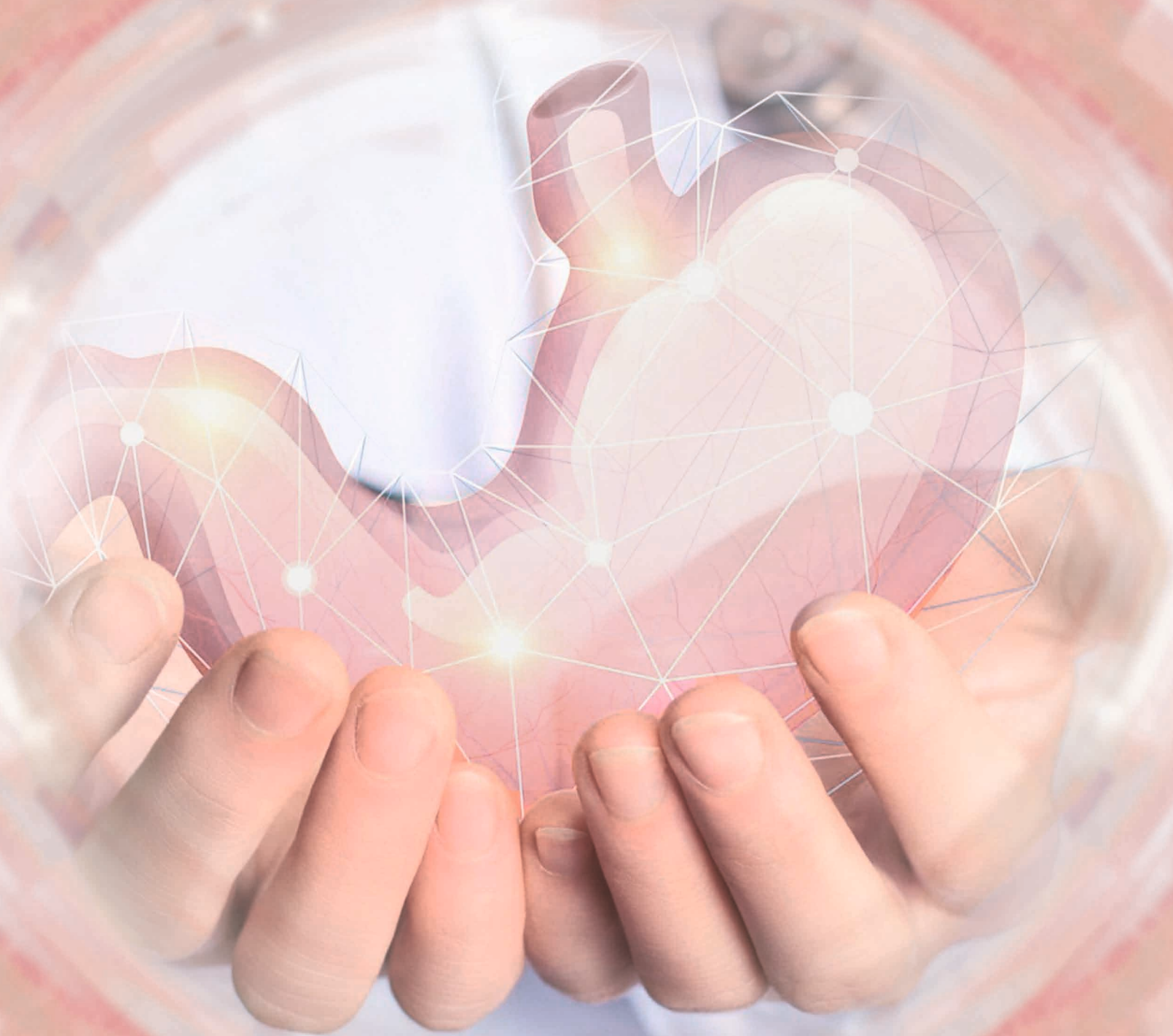
Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



Медицина - це воістину
найбагатородніше
зі всіх мистецтв.



Тіпнократ



www.health-ua.com