



Скринінг пацієнтів із найчастішими гастроентерологічними синдромами в практиці сімейного лікаря

Останніми десятиліттями великого поширення набули функціональні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ), серед яких найбільш розповсюдженими є функціональна диспепсія (ФД) і синдром подразненого кишечника (СПК). Важливим пунктом ведення пацієнтів цього профілю є скринінг органічних захворювань ШКТ, котрі можуть не тільки бути первинною причиною виникнення гастроентерологічної симптоматики, а й маскувати свій перебіг під виглядом функціональної патології системи травлення.



кандидата медичних наук Павла Олеговича Колесника.

Під час науково-практичної конференції з міжнародною участю «Компетенції сімейного лікаря в питаннях реабілітації пацієнтів» (5-6 грудня 2019 року, м. Київ) проблемі скринінгу пацієнтів із найчастішими гастроентерологічними синдромами була присвячена доповідь керівника міжнародного напрямку Української асоціації сімейної медицини, доцента кафедри терапії та сімейної медицини ФПО Ужгородського національного медичного університету,

Доказовий скринінг у практиці сімейного лікаря

На сьогодні скринінг є одним з основних методів вторинної профілактики багатьох захворювань, за допомогою якого можна виявити певні патологічні стани ще на доклінічних стадіях розвитку і, відповідно, попередити їх прогресування за рахунок вчасно розпочатого лікування. Натомість рутинне призначення значної кількості діагностичних і лабораторних досліджень може призводити до накопичення помилкових результатів і подальшого непотрібного лікування. Вищезазначене стало підставою відміни наказу МОЗ України «Про диспансеризацію населення». Незважаючи на це, в нашій країні дотепер не розроблено програми доказового скринінгу населення, що є причиною високого рівня смертності й інвалідності, насамперед від злоякісних новоутворень.

У ракурсі сучасних світових тенденцій скринінговими тестами з високим рівнем доказовості вважаються такі, як визначення рівня глюкози крові та холестерину, а також виявлення основних маркерів колоректального раку, ВІЛ, гепатитів В і С. Загальний аналіз крові та сечі, електрокардіографія, що донедавна були основою диспансерного нагляду, наразі до скринінгових методів не належать.

Необхідно відзначити велике значення скринінгу вірусних гепатитів В і С. Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), Україна належить до країн із високим рівнем розповсюдженості вірусу гепатиту С. Тому кожен сімейний лікар зобов'язаний рекомендувати проведення серологічного тестування на гепатит С усім дорослим пацієнтам. Крім того, враховуючи рівень поширеності вірусу гепатиту В в Україні, доцільним є виявлення HBsAg вірусу гепатиту В серед пацієнтів групи високого ризику. Швидко та доступна діагностика вірусних гепатитів в амбулаторних умовах стала можливою завдяки появі на фармацевтичному ринку України таких експрес-тестів, як CITO TEST® HCV та CITO TEST® HBsAg вітчизняної компанії «Фармаско», точність і специфічність яких становить понад 99,9%.

На прикладі клінічного випадку доповідач представив алгоритм скринінгу пацієнта з недослідженою функціональною патологією на первинній ланці медичної допомоги. Жінку, 49 років, без шкідливих звичок, протягом декількох років непокоїть дискомфорт у ділянці епігастрію, тяжкість і відчуття переповнення після їди, здуття, періодичні зміни випорожнень зі схильністю до проносів. Останнім часом пацієнтка відзначала загострення зазначеної симптоматики. При об'єктивному огляді патологічних змін не виявлено. Зважаючи на вищезазначені клінічні симптоми, було висунуто припущення щодо наявності в пацієнтки синдрому перехресту (overlap-синдрому) ФД і СПК.

Спираючись на описаний клінічний випадок, О.П. Колесник детально розглянув питання щодо алгоритму скринінгової діагностики в пацієнтів цього профілю. Так, усім хворим, які звертаються за медичною допомогою на первинній ланці, показане проведення загальнопопуляційного скринінгу: визначення індексу маси тіла та окружності талії, вимірювання артеріального тиску, аналіз ліпідного спектра та рівня глюкози крові, проведення маммографії та тесту Папаніколау, а також виявлення основних маркерів ВІЛ, вірусних гепатитів В і С. Крім того, важливим завданням сімейного лікаря при веденні пацієнтів із клінічним ураженням ШКТ є застосування тих методів дослідження, за допомогою яких можна виявити певну гастроентерологічну патологію, перебіг котрої може бути як безсимптомним, так і реалізуватися під маскою інших захворювань ШКТ. Далі доповідач детально розглянув особливості клінічного ведення пацієнтів, які страждають на ФД і СПК.

Пацієнт із синдромом ФД

Відповідно до Римських критеріїв IV, діагноз ФД встановлюється за наявності низки симптомів тривалістю щонайменше протягом 3 міс при загальній тривалості 6 міс: відчуття переповнення після прийому їжі; раннє насичення; дискомфорт або відчуття печії в епігастрії.

Обов'язковою умовою підтвердження діагнозу ФД є відсутність органічної патології. Так, у пацієнта з попереднім діагнозом

ФД можуть бути наявні такі приховані захворювання, як хелікобактер-асоційована гастродуоденальна патологія, а також онкологічні захворювання ШКТ. Відповідно, діагностична програма пацієнта з діагнозом ФД повинна включати насамперед проведення скринінгу раку шлунка та хелікобактерної інфекції.

З метою виключення раку шлунка в осіб із недослідженою ФД слід звернути увагу на наявність так званих червоних прапорців. До цих симптомів відносять блювання кров'ю та мелену (ознаки шлунково-кишкової кровотечі); немотивовану анемію; немотивовану прогресуючу втрату маси тіла (понад 10% протягом 3 міс); прогресуючу дисфагію, одинокі перистальтичні блювання; підвищення ШОЕ та лейкоцитоз; надключичну лімфаденопатію, об'ємне утворення в епігастрії.

Виявлення хоча б одного або декількох із вищезазначених симптомів свідчить про необхідність обов'язкового проведення фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) із гастробіопсією та гістологічним дослідженням матеріалу. Крім того, виконання ФГДС рекомендоване для пацієнтів із ФД віком понад 50 років без тривожних ознак. За відсутності червоних прапорців рутинне призначення ендоскопічного обстеження не рекомендоване. Сказане підтверджують результати дослідження NIVEL (2011), у якому вивчалася доцільність ендоскопічного обстеження в пацієнтів із недослідженою диспепсією. Так, при рутинному призначенні ФГДС рак шлунка був виявлений лише в 0,2% хворих, натомість відсутність будь-яких патологічних змін спостерігалось аж у 55% випадків. Це свідчить про недоцільність рутинного застосування зазначеного методу з метою скринінгу онкологічної патології ШКТ.

Після цього П.О. Колесник детально розглянув стратегію діагностики та лікування хелікобактерної інфекції згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу V (2015) (рис.). Для виключення інфекції *Helicobacter pylori* у хворих із недослідженою диспепсією необхідно в першу чергу застосовувати неінвазивні методи діагностики у вигляді швидких тестів для виявлення антигенів хелікобактера (стратегія Test-and-treat). З цієї метою компанія «Фармаско» пропонує застосовувати власний експрес-тест для діагностики хелікобактерної інфекції. Цей продукт дозволяє точно (чутливість >99,9%, специфічність >99,0%) та швидко (оцінка результату через 10 хв) виявляти антигени хелікобактера без потреби в спеціальній підготовці пацієнта перед проведенням дослідження.



Рис. Стратегії ведення пацієнтів із підозрою на інфекцію *H. pylori* відповідно до Маастрихтського консенсусу V (2015)

Застосування ендоскопічного обстеження рекомендоване лише в літніх хворих із наявністю симптомів тривоги та високим ризиком раку шлунка, визначеного за шкалою обтяжуючих факторів (>5 балів).

Проведення антихелікобактерної терапії рекомендується лише за умови позитивних результатів тестування на наявність *H. pylori*. Алгоритм фармакологічного менеджменту таких пацієнтів, згідно з настановами Маастрихт V, передбачає застосування різноманітних схем антихелікобактерної терапії, котрі в більшості випадків призначаються на період 10-14 днів.

Пацієнт із СПК

Відповідно до Римських критеріїв IV, основним симптомом, що вказує на СПК, є наявність абдомінального болю, пов'язаного з актом дефекації. Крім того, в цих хворих відзначаються розлади шлунково-кишкової моторики, що може проявлятися діареєю або закрепками. Залежно від різновиду порушення спорожнення кишечника класифікація СПК є такою: СПК із переважанням запорів; СПК із переважанням діареї; СПК зі змішаними ритмами дефекації; СПК без класифікації.

У разі сумнівів щодо функціонального генезу захворювання необхідно звернути увагу на критерії, що вказують на ймовірність органічної патології:

- початок хвороби в середньому та старшому віці;
- гостра поява симптомів;
- прогресування симптомів;
- нічні симптоми;
- анорексія та втрата ваги;
- гарячка;
- кишкова кровотеча;

- діарея без болю;
- стеаторея;
- непереносимість глютену.

Встановлення діагнозу СПК базується на аналізі скарг пацієнта та детальному об'єктивному огляді. Відповідно до рекомендацій Американської асоціації гастроентерологів, проведення додаткових інвазивних обстежень пацієнтам віком до 50 років із типовою клінікою СПК і відсутністю симптомів тривоги не рекомендоване. До симптомів тривоги належать безпричинна втрата ваги (понад 10% від вихідної маси тіла); залізодефіцитна анемія; обтяжений сімейний анамнез (неспецифічні запальні захворювання кишечника (НЗК), целиакія, колоректальний рак, спру).

У пацієнтів груп помірного ризику віком ≥50 років рекомендовано застосовувати один із таких методів: щорічний тест калу на приховану кров, сигмоїдоскопія кожні 5 років, колоноскопія кожні 10 років.

До захворювань, з котрими обов'язково має проводитися диференціальна діагностика в пацієнта із попереднім діагнозом СПК, належать НЗК (хвороба Крона та неспецифічний виразковий коліт), а також онкопатологія ШКТ. Так, найефективнішим неінвазивним методом скринінгу НЗК вважається виявлення в калі білка кальпротектину, що є основним маркером нейтрофільного запалення при захворюваннях ШКТ. Від наявності кальпротектину в калі залежатиме подальша тактика ведення пацієнта, а саме вирішення питання щодо доцільності призначення ендоскопічного обстеження кишечника. Крім того, виявлення цього маркера дозволяє зробити висновок щодо ефективності базисного лікування НЗК і ймовірності рецидиву захворювання. Застосування швидких тестів для виявлення кальпротектину рекомендується значною кількістю міжнародних і вітчизняних настанов, як-от Глобальні практичні рекомендації Всесвітньої гастроентерологічної організації «Запальна хвороба кишечника» та «Синдром подразненого кишечника: глобальна перспектива»; Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)». Усе це свідчить про високу ефективність та велику доказову базу зазначеного методу неінвазивної діагностики.

Не менш важливим при веденні пацієнтів із СПК є призначення тестів для виявлення прихованої крові в калі. Це дослідження вважається скринінговим методом діагностики колоректального раку й інших злоякісних пухлин кишечника, а також дозволяє судити про наявність кровотечі з нижніх відділів ШКТ. Висока діагностична цінність цього методу підтверджена значною кількістю доказових досліджень. Його використання з метою скринінгу онкопатології ШКТ рекомендується не лише державними настановами (Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Діагностика та лікування колоректального раку»), а й сучасними рекомендаціями міжнародної доказової медицини (Практичні настанови Всесвітнього гастроентерологічного товариства та Міжнародного союзу з профілактики раку травної системи «Скринінг колоректального раку»).

Віднедавна завдяки компанії «Фармаско» в Україні з'явилися доступні й ефективні засоби експрес-діагностики для виявлення кальпротектину та прихованої крові в калі, серед яких CITO TEST® Calprotectin та CITO TEST® FOB. Так, CITO TEST® Calprotectin дозволяє швидко (оцінка результату через 10 хв) та точно (чутливість >94%, специфічність 93%) виявляти НЗК у пацієнтів на первинній ланці медичної допомоги. CITO TEST® FOB є доступним і швидким (результат тесту протягом 10 хв) методом експрес-діагностики для проведення скринінгу онкологічної патології ШКТ, а також виявлення прихованої шлунково-кишкової кровотечі, який не потребує попередньої підготовки пацієнта. Чутливість і специфічність цього тесту перевищують 99%.

Поряд із цим доповідачем було відзначено важливість проведення скринінгу депресії у пацієнтів як із СПК, так і з іншими функціональними захворюваннями ШКТ. На сьогодні високоефективним методом виявлення депресії вважається опитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire 9), що безперешкодно може застосовуватися при наданні первинної медичної допомоги.

Отже, важливим завданням сімейного лікаря при веденні пацієнтів із функціональними розладами ШКТ є не тільки загальнопопуляційний скринінг, а й застосування методів дослідження, котрі здатні виявити приховану органічну патологію системи травлення. При вчасно виявленому захворюванні на ранніх стадіях клінічного перебігу можна досягти успішного результату лікування та швидкого одужання пацієнта. Особливе значення при цьому мають різноманітні неінвазивні методи скринінгу інфекційних, онкологічних і запальних захворювань системи травлення. Завдяки фармацевтичній компанії «Фармаско» швидкі тести для діагностики вірусних гепатитів В і С, хелікобактерної інфекції, НЗК та онкопатології ШКТ є широкодоступними на всій території нашої країни та можуть безперешкодно застосовуватися лікарями загальної практики в амбулаторних умовах, що є визначальною передумовою високої якості надання медичної допомоги.

Підготувала Лілія Нестеровська





ШВИДКІ ТЕСТИ «ФАРМАСКО» В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Скринінг вірусних гепатитів В та С



CITO TEST® Гепатит В, CITO TEST® Гепатит С

- Чутливість: більше 99,9%
- Специфічність: 99,9%
- Облік результату: через 10-15 хв



Швидкі тести на вірусні гепатити рекомендовані міжнародними та національними протоколами для скринінгу вірусних гепатитів В та С¹

Діагностика хелікобактерної інфекції



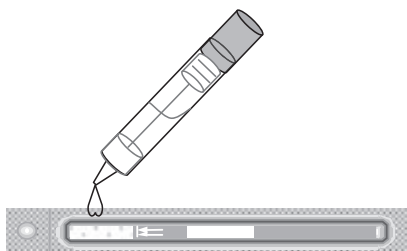
CITO TEST® H.Pylori Ag

- Чутливість: більше 99,9%
- Специфічність: 99,0%
- Облік результату: через 10 хв



Рекомендовано Маастрихт V та національними протоколами для скринінгу хелікобактерної інфекції у пацієнтів з диспепсією

Скринінг колоректального раку



CITO TEST® FOB

- Чутливість: більше 99%
- Специфічність: 99%
- Облік результату: через 10 хв



Рекомендовано міжнародними² та національними³ протоколами для пацієнтів 50-75 років

Скринінг запальних захворювань кишківника



CITO TEST® Calprotectin

- Чутливість: більше 94%
- Специфічність: 93%
- Облік результату: через 10 хв



Найефективніший неінвазивний скринінг запальних захворювань кишківника, рекомендований міжнародними^{4,5} та національними протоколами



ШВИДКО
оцінка результату
через 10-15 хв



ТОЧНО
висока чутливість
та специфічність



ДОСТУПНО
в аптеках та
медзакладах!



ЗРУЧНО
можливе тестування як в медичних
закладах, так і в домашніх умовах*

ЛАБОРАТОРІЯ В КИШЕНІ – ШВИДКО ТА ВПЕВНЕНО ВІД ДІАГНОЗУ ДО ЛІКУВАННЯ!

Інформація для медичних установ та лікарів.

1. Здоров'я України, № 8, квітень 2019 р., В.П. Шилупін, д.м.н., професор, А.В. Неверовський, кафедра внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ - Проблема хронічних вірусних гепатитів в умовах реформування первинної ланки медичної системи в Україні
2. Практическое руководство Всемирного гастроэнтерологического общества (ВГО) и Международного союза по профилактике рака пищеварительной системы: Скрининг колоректального рака
3. Наказ МОЗ України № 504 Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги
4. Практические Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации Синдром раздраженного кишечника: Глобальная перспектива
5. Глобальные практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации Воспалительная болезнь кишечника

* Тести для самоконтролю можуть використовуватися в домашніх умовах.

ДВ № 105 від 06.12.2018 р., ДВ № 37 від 03.11.2016 р., ДВ № 81 від 01.08.2017 р.
ZU_red_01.20

ТОВ «ФАРМАСКО»

тел./факс: +38 (044) 537 08 04

e-mail: contact@pharmasco.com

www.pharmasco.com

Pharmasco®

ЛАБОРАТОРІЯ В КИШЕНІ