

Украинская гастроэнтерологическая неделя: основные итоги и перспективы

По материалам IV Украинской гастроэнтерологической недели, 22-23 сентября, г. Киев



Открыла работу конференции член-корреспондент НАМН Украины, главный гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор **Наталья Вячеславовна Харченко**, которая поздравила присутствующих и пожелала всем плодотворной работы.

С приветственным словом к участникам мероприятия обратился директор Института терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор **Олег Яковлевич Бабак**. Он отметил важность проведения научного форума для получения информации о последних научных исследованиях в области гастроэнтерологии и выразил надежду, что эти встречи не только обогатят присутствующих новыми знаниями, но и будут способствовать дальнейшему сотрудничеству.

От МЗ Украины с приветствием выступила куратор гастроэнтерологической службы департамента оказания медицинской помощи **Оксана Ивановна Черненко**. Принимая во внимание высокую распространенность и тенденцию к увеличению заболеваемости гастроэнтерологической патологией, вопросы, которые будут рассматриваться на IV Украинской гастроэнтерологической неделе, являются особенно актуальными, подчеркнула она. Решение многих проблем возможно благодаря проведению широкомасштабных профилактических мероприятий, внедрению современных методов диагностики и лечения заболеваний гастроинтестинального тракта. IV Украинская гастроэнтерологическая неделя – это еще один шаг к достижению данной цели. В рамках рассматриваемой темы О.И. Черненко отметила, что система здравоохранения уже реформируется. Например, МЗ Украины совместно с НАМН Украины инициировало разработку Государственной программы «Здоровье 2020: украинское измерение», концепция которой построена с учетом международных стандартов оказания медицинской помощи населению, а также медико-демографической ситуации в Украине и состояния системы здравоохранения.



Член-корреспондент НАМН Украины Наталья Вячеславовна Харченко рассказала о состоянии гастроэнтерологической службы Украины, акцентировав внимание присутствующих на основных проблемных вопросах.

– По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в XXI веке распространенность заболеваний органов пищеварительной системы будет сопоставима с таковой сердечно-сосудистой патологии. В общей структуре распространенности заболеваний среди населения Украины гастроэнтерологическая патология занимает 3-е место.

Среди основных причин – употребление некачественных продуктов, злоупотребление лекарственными препаратами и др. За последние 10 лет рост распространенности заболеваний органов пищеварительной системы составил 28,1%. Количество случаев регистрации этой патологии возросло более чем на 1,5 млн по сравнению с 2001 г. На первом месте по темпам увеличения распространенности находятся заболевания поджелудочной железы, количество которых возросло в 2 раза, хронические гепатиты и др. Сегодня регистрируют 10 случаев гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, 6 случаев синдрома раздраженного кишечника на 1 тыс. человек, и эти показатели значительно ниже в сравнении с европейскими. В целях улучшения ситуации относительно регистрации этих и других заболеваний Центром медицинской статистики МЗ Украины внесены дополнения в порядок формирования сводных государственных и отраслевых отчетов по предоставлению статистической информации по ГЭРБ, СРК, диспепсии, вирусным гепатитам В и С. Количество летальных исходов вследствие гастроэнтерологических заболеваний в 2010 г. в сравнении с 2008 г. увеличилось незначительно, преимущественно за счет вирусных циррозов печени.

Показатели укомплектованности врачами-гастроэнтерологами в Украине соответствуют среднеевропейским. К сожалению, с 2006 г. количество мест в лечебных учреждениях уменьшилось на 503 и по состоянию на 2010 г. составляет 4302.

Что касается подготовки врачей, следует отметить, что о необходимости обучения гастроэнтерологов проведению эндоскопических методов исследования говорят на протяжении нескольких лет, однако решение этого вопроса продвигается достаточно тяжело. Сегодня утверждена новая программа цикла специализации

по специальности «Гастроэнтерология», длительность обучения составляет 6 мес, из которых 3 мес отведены на эндоскопию. Остается надеяться, что уже следующее поколение гастроэнтерологов будет в совершенстве владеть эндоскопическими методами диагностики. Например, в большинстве стран Евросоюза врачи-гастроэнтерологи владеют методикой эзофагогастродуоденоскопии, в некоторых государствах – врачи семейной медицины.

В настоящее время разрабатывают новые стандарты высшего медицинского образования, в частности касающиеся магистратуры. В целом государство предпринимает решительные шаги по улучшению качества оказания медицинской помощи населению. Издан ряд приказов МЗ Украины, касающихся утверждения перечня тем клинических рекомендаций и унифицированных клинических протоколов медицинской помощи, создания мультидисциплинарных рабочих групп по проработке этих рекомендаций и протоколов. Кроме того, разработаны новые государственные формуляры лекарственных средств по гастроэнтерологической службе, стандартизации медицинской помощи и др. В 2011 г. Верховной Радой Украины принят Закон «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении об усовершенствовании оказания медицинской помощи», основные положения которого гласят, что до 31 декабря 2019 г. первичную медицинскую помощь оказывают врачи общей практики: семейные врачи, участковые врачи – терапевты и педиатры, а также медицинские работники, которые работают под их началом. С 1 января 2020 г. порядок оказания медицинской помощи врачами общей практики – семейными врачами устанавливается согласно этому закону.

Среди основных проблем гастроэнтерологической службы следует выделить следующие: обеспечение медицинских учреждений современной эндоскопической техникой; улучшение качества и возможности проведения скрининговых исследований на хронические вирусные гепатиты; неэффективное диспансерное наблюдение; рост заболеваемости и смертности пациентов с гепатопатологией (циррозом печени); увеличение количества больных с язвенной болезнью, осложненной желудочно-кишечными кровотечениями, которые ассоциированы с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, а также пациентов с хроническим панкреатитом.

Перспективные направления развития гастроэнтерологической службы: реорганизация с перенесением акцента оказания медицинской помощи на амбулаторное звено; подготовка перехода на страховую медицину; разработка и утверждение приказов, стандартов качества и локальных протоколов оказания медицинской помощи пациентам гастроэнтерологического профиля; усовершенствование законодательной базы, которая регламентирует подготовку врачей-гастроэнтерологов; повышение качества их подготовки.



Доклад заведующего кафедрой внутренних болезней и медицины неотложных состояний Украинской медицинской стоматологической академии (г. Полтава), доктора медицинских наук, профессора Игоря Николаевича Скрынника был посвящен ведению пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

– Проблема НАЖБП в современной гепатологии сегодня является чрезвычайно актуальной. На конференции EASL (г. Болонья, Италия, 2009) было сказано, что НАЖБП – это достаточно распространенное хроническое диффузное заболевание печени. Затраты здравоохранения на пациентов с НАЖБП за последние 5 лет возросли на 26%. Распространенность НАЖБП в странах Европы и Ближнего Востока составляет 20-30%, Дальнего Востока – 15%, США – 34%. При этом в США наряду с гистологическими методами диагностики НАЖБП применяется МРТ, что позволяет выявить выживаемость этого заболевания. На этапе высокоспециализированной медицинской помощи с использованием современных методов исследования (МРТ) и изучением гистологической структуры печени НАЖБП определяется у 40-55% населения.

В 156 центрах Украины было проведено исследование, основной целью которого было изучение факторов, приводящих к развитию НАЖБП, и оценка факторов, определяющих подход к лечению заболевания. В испытание были включены 2188 пациентов. Его дизайн – локальный неинтервенционный регистр, соблюдение правил GCP, включая подписание информированного согласия пациентом вместе

с протоколом. НАЖБП преимущественно была диагностирована в популяции 41-50 и 51-60 лет, что составляет 60% всех обследованных больных, из них 52,2% – женщины; жители города – 91,6%, села – 8,4%. По социальному статусу большинство пациентов являлись служащими (28,7%) и пенсионерами (23,4%). Данные объективного статуса: средний вес пациентов – 88 кг, рост – 171 см, индекс массы тела (ИМТ) – 30,4 кг/м² (у 35,8% исследуемых ИМТ превышал 25-30 кг/м², у 51,8% – >30 кг/м²), окружность талии – 94,8 см, частота пульса – 77 уд/мин, артериальное давление систолическое – 137,7 мм рт. ст. и диастолическое – 88,5 мм рт. ст. Сопутствующая кардиоваскулярная патология была выявлена у 28,9% (кроме артериальной гипертензии – АГ). Ранее диагностированная АГ была определена у 52,9% пациентов, недиагностированная – у 47,1%. Были выявлены различные нарушения липидного и углеводного обмена, преимущественно СД 2 типа, у 52,9 и 35,1% лиц соответственно. Резкое снижение массы тела имело место у 7,8% лиц, постепенное – у 92,2% человек. Ассоциация синдрома кишечного дисбиоза с раздраженным кишечником выявлялась у 47,2% больных. Среди общих жалоб неспецифического характера преобладали незначительный абдоминальный дискомфорт и общая слабость. При пальпации и перкуссии было определено увеличение размеров печени на 1,5-3 см в 86,3% случаев. На 1-м визите к врачу было установлено, что 63,9% пациентов ранее получали терапию по поводу НАЖБП. Среди больных, которые ранее не лечились от этого заболевания, неназначение терапии врачами являлось основной причиной ее отсутствия (95,3% случаев). Из гепатопротекторов большинству пациентов назначались преимущественно эссенциальные фосфолипиды. На 2-м визите 98,6% больных соблюдали данные врачом рекомендации относительно лечения. Между 1-м и 2-м визитом отмечались положительная динамика изменения размеров печени, снижение случаев уплотнения стенки желчного пузыря и др. Сделан вывод, что НАЖБП в Украине коррелирует со следующими факторами риска: возраст 41-60 лет, высокий ИМТ, кардиоваскулярная патология (особенно АГ), дислипидемия (гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия, снижение холестерина ЛПВП, увеличение холестерина ЛПНП), а также СД 2 типа продолжительностью 1-5 лет.

К основным направлениям терапии НАЖБП относят снижение массы тела, диетические рекомендации, коррекцию инсулинорезистентности, которая является ведущим патогенетическим механизмом заболевания, восстановление микробиоценоза кишечника, ингибирование продукции свободных жирных кислот, гепатопротекцию.



Заведующая кафедрой гастроэнтерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Дмитриевна Звягинцева рассказала об алкогольно-вирусных заболеваниях печени (АВЗП).

– Вирусные и алкогольные гепатиты, а также их сочетания составляют около 80% всех причин развития хронических заболеваний печени. Частота обнаружения HCV-инфекции среди лиц, злоупотребляющих алкоголем и имеющих алкогольную болезнь печени, составляет 30-44%. У больных

HCV-инфекцией, злоупотребляющих алкоголем, особенно у лиц моложе 50 лет, риск формирования гепатоцеллюлярной карциномы в 8,3 раза выше, чем при отсутствии маркеров HCV. HBV-инфекция обнаруживается у 52% пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Патогенетические механизмы влияния алкоголя на прогрессирование HCV-инфекции известны и заключаются в ухудшении течения и прогноза хронического гепатита С, активации репликации и мутации вируса. Особенно важно, что оба фактора ведут к перегрузке организма железом, поэтому в диагностический алгоритм обследования таких больных должно обязательно включаться определение этого показателя. В конечном итоге иммуносупрессивное действие алкоголя приводит к подавлению иммунного ответа, причем в крови отсутствуют антитела к вирусу гепатита С при наличии РНК HCV. При сочетании воздействия алкоголя и HCV-инфекции нарастает стеатоз, характерна более высокая биохимическая и гистологическая активность процесса в печени, чаще развиваются цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома. У лиц с алкогольной зависимостью при наличии HBV-инфекции и алкогольной болезни печени также отмечается умеренная иммуносупрессия, которая способствует формированию вирусносительства после перенесенного острого процесса, реактивации ранее существующей HBV-инфекции, усилению репликации HBV и экспрессии вирусных белков, выявлению атипичного спектра маркеров HBV, увеличению выработки TNF α . Повышенный уровень свободных радикалов, образующихся при оксидативном стрессе, индуцируемая алкоголем умеренная иммуносупрессия усиливают экспрессию X-антигена, поддерживающего репликацию HBV. Этим объясняется большая частота выявления маркеров HBV среди лиц с алкогольной зависимостью.

Характерными морфологическими особенностями при сочетанной алкогольно-вирусной нагрузке являются усиление стеатоза, выраженный фиброз, наличие телец Мэллори (1 зона ацинуса), лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов с включением нейтрофилов и др.

Тактика ведения пациентов с АВЗП предусматривает оценку каждого из факторов поражения печени, принятие решения о противовирусной терапии,

контроль употребления алкоголя при проведении последней, определение необходимости дополнительного назначения метаболических препаратов.



Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и терапии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов представил современный взгляд на проблему желчнокаменной болезни (ЖКБ).

– Сегодня наблюдается неуклонный рост распространенности и заболеваемости ЖКБ. Наличие микролитиаза и осадка в желчном пузыре является основным фактором развития этого заболевания с осложнениями, билиарной болью, а также играет основную роль в развитии острого идиопатического панкреатита.

В контексте рассматриваемой проблемы следует сказать несколько слов о дифференциальной диагностике острой эпигастральной боли, которая может наблюдаться при ряде заболеваний – диафрагмальных грыжах, пептической язве, спазме пищевода, инфаркте миокарда, остром панкреатите, корешковом синдроме. По результатам собственного опыта, 40% пациентов с абдоминальной болью неясного генеза страдают корешковым синдромом, и этот факт недооценивается многими специалистами. В диагностике различной патологии гастроинтестинального тракта важное значение отводится дополнительным методам обследования, в частности эндоскопическому УЗИ, которое обладает высоким диагностическим потенциалом.

Говоря о лечении ЖКБ, необходимо подчеркнуть, что проводить лечение бессимптомных пациентов с этой патологией не рекомендуется, поскольку в этом случае общий риск желчной колики, осложнений и рака желчного пузыря очень низок. Тем не менее в целях устранения факторов риска и снижения литогенности желчи уже на I физико-химической стадии калькулеза, когда еще нет сформированных конкрементов, целесообразно использовать широкий спектр лекарственных средств (желчегонных, усиливающих моторику желчного пузыря). На мой взгляд, говорить об успехах нехирургического лечения уже имеющихся камней преждевременно, поскольку терапия существующими препаратами позволяет получить желаемый лечебный эффект в небольшом количестве случаев.

К критериям нехирургического лечения ЖКБ относятся наличие холестериновых камней <20 мм в диаметре; <4 конкрементов; функционирующий желчный пузырь; невыраженность клинической симптоматики. Показаниями к назначению терапии желчными кислотами являются первичная профилактика конкрементобразования (сладж в желчном пузыре, повышение вязкости желчи). Среди условий, способствующих успешному растворению желчных камней, выделяют отсутствие камней в холедохе; регулярный прием препарата; исключение приема эстрогенов, антацидов, холестирамина, клофибрата; гипохолестеринемическую диету; нормализацию массы тела и др.

В целях профилактики ЖКБ для обеспечения выхода желчи в двенадцатиперстную кишку важное значение имеет состояние желчевыводящих путей, в частности сфинктера Одди. Одним из методов, который позволяет оценить функциональное состояние этого сфинктера и широко применяется в нашей практике, является фракционное дуоденальное зондирование. Установлено, что у большинства пациентов с ЖКБ сфинктер Одди находится в спазмированном состоянии. Селективные спазмолитики – универсальные препараты, которые оказывают гармонизирующее воздействие на сократительную функцию сфинктера Одди и желчного пузыря, что подтверждено многочисленными исследованиями, в том числе нашими собственными.

Важно отметить, что хирургические методы лечения являются оптимальными способами лечения ЖКБ; среди них лапароскопическая холецистэктомия – наиболее распространенный метод, который, тем не менее, имеет ряд недостатков (высокий процент повреждения или воспаления холедоха). Специалисты нашего института давно и успешно проводят альтернативные органосохраняющие оперативные вмешательства, например холецистолитотомия. Применение этого метода позволяет получить обнадеживающие результаты: количество пациентов с хорошими и отличными результатами лечения достаточно большое.

К основным перспективным направлениям по терапевтическим подходам к лечению ЖКБ относят изучение роли «желчнокаменных» (LITH) генов, механизмов всасывания холестерина в кишечнике, путей печеночно-синтезированной секреции холестерина в кровь. Перспективно использование монотерапии или комбинации статинов, эзетимиба, а также печеночноспецифических агонистов/антагонистов ядерных рецепторов FXR/LXR.

Проведение мероприятий такого высокого научного уровня – еще одна ступень к повышению профессионального уровня врачей-гастроэнтерологов. В рамках конференции прозвучало много интересных и содержательных докладов, с которыми мы познакомим наших читателей в следующих выпусках газеты.

Подготовила **Наталья Пятница-Горпинченко**

3y