



Г.В. Осьодло, д.м.н., професор, начальник кафедри військової терапії Української військово-медичної академії МО України, м. Київ;
І.М. Шевага, начальник Клініки гастроентерології Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону МО України, м. Вінниця

Особливості перебігу та лікування кислотозалежних захворювань в учасників АТО

В сучасних умовах бойової і психічної травми зростає вірогідність виникнення стрес-індукованих уражень та загострення хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), а відсутність своєчасної діагностики й лікування може мати несприятливі наслідки.

Найчастіше зустрічаються загострення гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), хронічного гастриту та пептичної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК); нерідко приєднуються гепатопатія, реактивний чи токсичний гепатит, холецистит; рідше – антибіотикасоційована діарея та псевдомембранозний коліт. Очікувати дебюту захворювань слід у період з 3-4-ї доби травматичної хвороби, при цьому вірогідність загострень тим вища, чим важчі uszkodження і стан пораненого. Серед хвороб органів травлення в учасників АТО переважають кислотозалежні захворювання з ерозивно-виразковими uszkodженнями езофагогастроуденальної зони, що характеризуються торпідним та ускладненим перебігом, частою асоціацією з психоформними розладами та порушенням трофологічного статусу.

Метою дослідження були аналіз клінічного перебігу й оптимізація лікувально-реабілітаційних заходів при ерозивно-виразкових ураженнях езофагогастроуденальної зони в учасників АТО.

Матеріал та методи

Проаналізовано особливості клінічного перебігу й показники ефективності

лікувально-реабілітаційних заходів у 194 учасників АТО з ерозивно-виразковими ураженнями езофагогастроуденальної зони. Для проведення фіброезофагогастроуденоскопії (ФЕГДС) використовувався відеоцентр Олімпус CSV 150 з відеоскопом GF-Q160Z з функцією високої структуризації і ендомікроскопії (збільшення в 115 разів). Також виконували біопсію та патогістологічне дослідження слизової оболонки стравоходу і шлунка, за показаннями – з хромогастроскопією для прицільної біопсії. В усіх хворих проводилась оцінка кислотоутворення та кислотоінгібувального впливу медикаментозної терапії за допомогою експрес-гастро-рН-моніторингу за методикою В.М. Чернобрового. Моторно-евакуаторну функцію шлунка досліджували за допомогою ультразвукового методу за методикою З.А. Лемешко. Рентгенконтрастне дослідження езофагогастроуденальної зони проводили за допомогою цифрової рентгенівської системи Symfony. Індикація Н. рулогі (Нр) здійснювалася за допомогою 2 методів – цитологічного та дихального тесту (підвищення вмісту аміаку в повітрі ротової порожнини після навантаження карбамідом). Паралельно проводили психологічне тестування (переважно за шкалою Спілбергера-Ханіна) і консультування для

виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Результати та обговорення

На лікуванні в Клініці гастроентерології Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону МО України (ВМКЦ ЦР; м. Вінниця) перебували 269 учасників АТО із захворюваннями органів травлення, переважно з кислотозалежними хворобами (78%; у 210 із 269 хворих). Загалом ерозивно-виразкові ураження езофагогастроуденальної зони констатували у 92,4% (194) хворих, гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) – у 32,9% (69). Слід відмітити збільшення кількості військовослужбовців з ерозивною формою ГЕРХ на етапі надання спеціалізованої медичної допомоги: ерозивний езофагіт діагностовано у 94,2% (65 із 69) пацієнтів, езофагіт ступеня А за Лос-Анджелеською класифікацією – у 30,7% (20) хворих, ступеня В – у 44,6% (29), ступеня С – у 21,5% (14), ступеня D – у 3,1% (2) учасників. У 4 випадках ГЕРХ з езофагітом ступеня С та D проводилося виключення метаплазії епітелію слизової оболонки. Після проведення хромокопії та прицільної біопсії патогістологічно діагностовано Барретта не підтвердився.

Як показано в попередніх дослідженнях, під час бойових дій відмічається епідемія психічних травм, коли ламаються сформовані психологічні бар'єри. При кислотозалежних захворюваннях ПТСР мав місце у 22,3% (47) наших пацієнтів. У 40,6% (28) хворих на ГЕРХ, крім печії та регургітації, відмічалися скарги на нудоту, відчуття переповнення після їжі, раннє насичення, що дало підстави діагностувати в них overlap-синдром ГЕРХ та функціональної диспепсії (ФД). Дуоденогастральний рефлюкс (ДГР) супроводжував прояви ГЕРХ у 40 (58%) пацієнтів, що свідчить про високу частоту моторно-евакуаторної дисфункції гастроуденальної зони; у 12 (30%) із них виявлено ерозії шлунка, в 10 (25%) – ерозії шлунка і ДПК. Висока частота асоціації ГЕРХ із диспепсичним синдромом та патологічним ДГР зумовила вибір лікувальних стратегій – поєднане застосування кислотоінгібувальних та прокінетичних засобів.

Для підвищення прихильності до терапії у 14 пацієнтів 1-ї групи (основна) з overlap-синдромом ГЕРХ/ФД одноразово вранці використовували капсульований препарат омепразолу 20 мг / домперидону 30 мг в кишковорозчинних гранулах пролонгованої дії, за наявності нічних кислотних проривів додатково призначали рабепразол 20 мг увечері; 14 пацієнтів 2-ї групи (порівняння) отримували стандартну кислотоінгібувальну терапію. На тлі проведеного лікування

в основній групі при застосуванні комбінованого препарату відмічалось швидше зникнення чи зменшення рефлюксних і диспепсичних скарг до 5-7-го дня від початку терапії порівняно з відповідними показниками у групі порівняння (табл.), що зумовило в подальшому включення домперидону в дозі 30 мг/добу пацієнтам 2-ї групи. Слід відмітити відсутність порушень серцевого ритму та змін ЕКГ при застосуванні домперидону в добовій дозі 30 мг.

Для лікування асоційованого ПТСР призначалися переважно антидепресанти (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, СИЗС) та проводилася психологічна реабілітація психологами-волонтерами. У комплексному лікуванні ГЕРХ застосовували ампліпульс-терапію синусоїдально-модульованими струмами за антирефлюксною методикою.

При ГЕРХ з езофагітом ступеня А та В після стандартної тривалості курсу лікування рефлюксних і диспепсичних скарг не відмічалось, при ендоскопічному контролі ерозій не виявляли, за даними рН-метрії кислотний рефлюкс не реєструвався, ДГР був відсутній. Контрольний огляд пацієнтів з ГЕРХ з езофагітом ступеня С та D підтвердив позитивний ефект проведеної терапії, окрім 2 випадків, коли пацієнти потребували продовження лікування.

Клінічна реабілітація в разі ГЕРХ проводилася у хворих з езофагітом ступеня В-D після завершення стаціонарного лікування в умовах санаторно-курортних закладів МО та санаторного відділення ВМКЦ ЦР. Військово-лікарська експертиза військовослужбовців проводилася відповідно до установчих наказів МО України.

У 2 клінічних випадках мали місце виражені за груднинні болі за типом кардіогенних, при рентгенологічному дослідженні виявлено аксіальну грижу стравохідного отвору діафрагми, в одному випадку – гігантську. Після оперативного лікування проведено реабілітацію, військово-лікарську експертизу; хворий направлений на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК).

Адекватна антихелікобактерна терапія (АХТ) відкриває перспективи для вилікування Нр-асоційованих кислотозалежних захворювань, проте збільшується число випадків невилікуваної АХТ, зростає резистентність штамів Н. рулогі. Проведення ерадикації Нр-інфекції проводилось у 94 зі 124 пацієнтів з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка і ДПК та при їх поєднанні з ерозивною формою ГЕРХ. При цьому у 32 хворих використовували 10-денну стандартну трьохкомпонентну схему,

ЛІМЗЕР
+ Домперидон 30 мг
+ Омепразол 20 мг

ПРАЦЮЄ ЦІЛОДОБОВО!

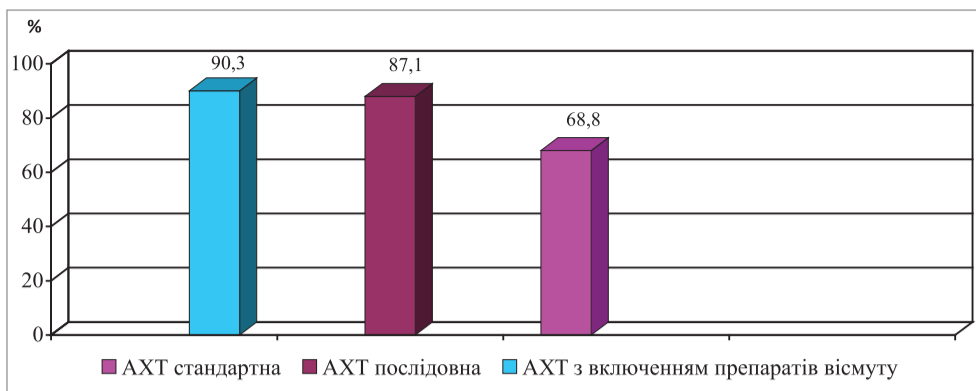
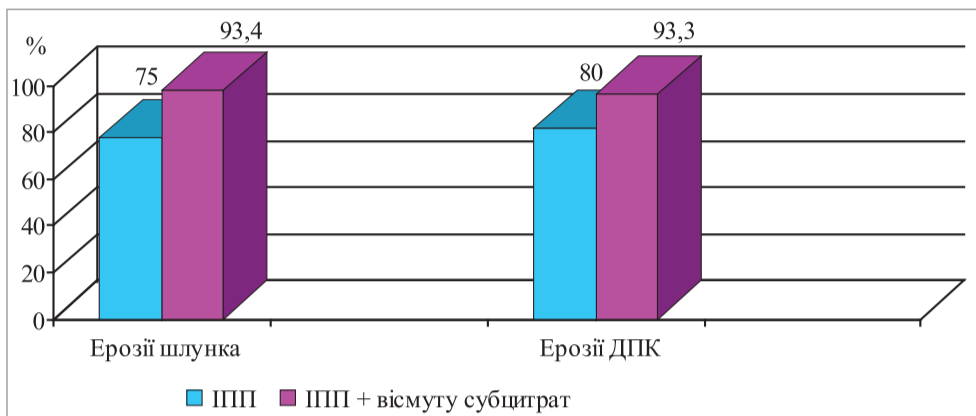
ЗНОВУ В УКРАЇНІ!

ШВИДКЕ УСУНЕННЯ НЕПРИЄМНИХ СИМПТОМІВ ДИСПЕПСІЇ

Р.П. МОЗ України UA/6148/01/01 від 20.04.2012 р.

Таблиця. Динаміка клінічних проявів ГЕРХ/ФД за шкалою Likert в процесі диференційованого лікування

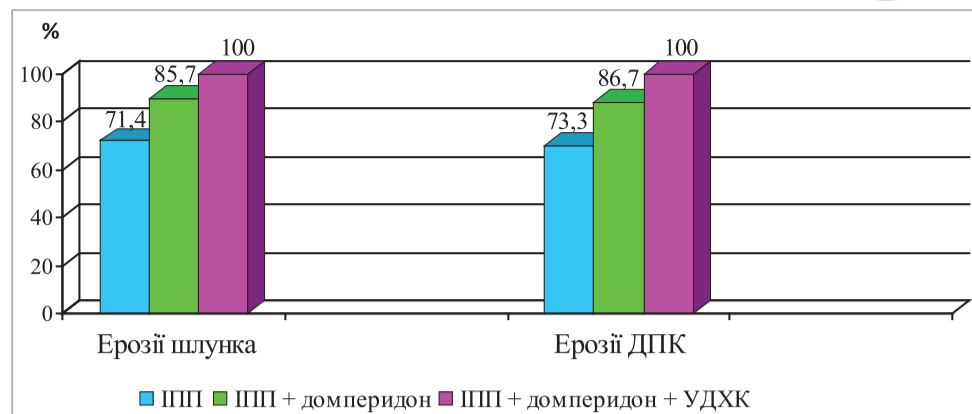
Клінічні симптоми	Вираженість симптомів ГЕРХ/ФД за шкалою Likert, балів			
	1-ша група (n=14)		2-га група (n=14)	
	До лікування	5-й день лікування	До лікування	5-й день лікування
Печія	3,4	2,3	3,3	2,3
Регургітація	1,5	1,1	1,5	1,4
Переповнення після їжі	3,3	2,4	3,2	3,1
Важкість в епігастрії	3,4	2,2	3,5	3,4
Здуття в епігастрії	2,9	2,1	3,0	2,9
Біль в епігастрії	3,3	2,2	3,4	2,3
Нудота	2,1	1,6	2,3	2,2


Рис. 1. Частота ерадикації Нр-інфекції при застосуванні різних варіантів 10-денної АХТ (%)

Рис. 2. Частота епітелізації ерозивних уражень шлунка і ДПК при застосуванні ІППП та вісмуту субцитрату (%)

у решти – чотирикомпонентні 10-денні схеми АХТ: послідовно (у 31 хворого) та з включенням препаратів вісмуту (у 31 хворого). При гастродуоденальних ерозіях та виразках після 10-денної ерадикації продовжувався прийом інгібіторів протонної помпи (ІПП) та комбінації ІПП з вісмуту субцитратом; за наявності ДГР до схем лікування включали прокінетичні засоби. Можливістю контролю ерадикації через 2-3 тиж після реабілітації скористалися 62% Нр-інфікованих військовослужбовців. За даними дихального тесту в групах чотирикомпонентної АХТ відмічено високий показник ерадикації – 87,1 та 90,3% відповідно при застосуванні

послідовної та з включенням препаратів вісмуту схем; натомість у групі стандартної трьохкомпонентної терапії він дорівнював 68,8%, що не досягає значень, рекомендованих міжнародними угодами (рис. 1), і повинно враховуватись при лікуванні військово-службовців, які повертаються в зону проведення АТО.

Слід відмітити, що при патогістологічному дослідженні біоптатів слизової оболонки шлунка ознаки гастриту мали місце у 22,2% хворих з ерозивно-виразковими ураженнями гастродуоденальної зони: у 16% виявляли активний поверхневий гастрит, у 6,2% – атрофічний антральний гастрит.


Рис. 3. Частота епітелізації ерозивних уражень шлунка і ДПК при поєднанні ІППП, домперидону та УДХК (%)

За даними різних авторів, ерозії шлунка та ДПК поєднуються з ДГР у 23-85% випадків. Нами діагностовано ДГР (за даними ендоскопічного та ультрасонографічного досліджень) у 36,8% (45) пацієнтів з ерозивно-виразковими ушкодженнями шлунка та ДПК. Це зумовило використання в них комбінації омепразолу 20 мг / домперидону 30 мг 1 р/день вранці, у 16 пацієнтів додатково застосовувався препарат урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) в добовій дозі 10 мг/кг.

Відмічено підвищення частоти епітелізації ерозій шлунка та ДПК при ендоскопічному контролі на 10-й день лікування: з 75 до 93,4% при ерозіях шлункової локалізації та з 80 до 93,3% при ерозіях дуоденальної локалізації за умови додаткового застосування разом з ІППП препаратів вісмуту субцитрату (рис. 2). При супутньому ДГР додаткове призначення УДХК до комбінації омепразолу 20 мг / домперидону 30 мг сприяло епітелізації ерозивних уражень гастродуоденальної локалізації до 14-го дня в усіх пацієнтів (рис. 3).

У двох пацієнтів (віком 37 та 48 років) з попереднім діагнозом гострої виразки шлунка діагностовано перснеподібноклітинний рак антрального відділу шлунка. Хворі прооперовані в Національному військово-медичному

клінічному центрі «ГВКГ» (м. Київ). Після завершення лікування одному хворому проведено реабілітацію, військово-лікарською комісією він направлений на МСЕК. Другий пацієнт продовжує терапію.

Висновки

У структурі кислотозалежних захворювань в учасників АТО на етапі надання спеціалізованої медичної допомоги переважають ерозивно-виразкові ураження езофагогастродуоденальної зони – вони зустрічалися у 92,4% хворих. У структурі GERX домінує ерозивна форма захворювання ступеня А-Д (94,2% випадків).

Ефективність чотирикомпонентної 10-денної послідовної та з додаванням препаратів вісмуту АХТ становить близько 90%, натомість відповідний показник для трьохкомпонентної схеми АХТ не досягає значень, рекомендованих міжнародними угодами.

Застосування комплексного препарату омепразолу 20 мг / домперидону 30 мг при моторно-евакуаторній дисфункції езофагогастродуоденальної зони сприяє швидкому усуненню симптомів диспепсії при overlap-синдромі GERX/ФД, а додатковий прийом УДХК в дозі 10 мг/кг забезпечує кращу епітелізацію ерозій шлунка і ДПК на тлі ДГР.

НОВИНИ МОЗ

Пілотне впровадження практики надання послуг раннього втручання в Україні

11 грудня 2015 р. в Українському домі відбулася міжвідомча нарада за участю міжнародних експертів «Пілотне впровадження практики надання послуг раннього втручання для дітей раннього віку з особливими потребами». Представники центральних та регіональних виконавчих органів, міжнародних і громадських організацій, науковці, експерти та надавачі послуг обговорили Проект розпорядження КМУ «Деякі питання реалізації пілотних проектів щодо практики надання послуг раннього втручання» і Плану заходів щодо реалізації пілотних проектів у чотирьох пілотних областях: Закарпатській, Львівській, Харківській та Одеській. Саме в цих областях із залученням проектів міжнародної допомоги (зокрема завдяки багаторічній співпраці українських фахівців з Благодійною організацією SOFT Tulip, Нідерланди) наразі впроваджено елементи комплексної послуги раннього втручання в комунальних закладах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту населення та в недержавних організаціях.

МОЗ України пропонує розробити проект плану пілотного впровадження комплексної послуги раннього втручання для дітей, який ґрунтується на чотирьох основних аспектах.

1. Забезпечення системи ефективного міжвідомчої координації дій шляхом створення Національної координаційної та регіональних рад із впровадження комплексної послуги раннього втручання. Основні завдання рад:

- визначити перелік установ (закладів) охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та недержавних організацій, що будуть задіяні у пілотному проекті;
- створити реєстр дітей, які підлягатимуть скринінгу на виявлення порушень розвитку;
- організувати навчання та підвищення кваліфікації відповідних спеціалістів;
- впровадити систему моніторингу досягнутих цілей за певний період роботи.

2. Формування системи державної політики шляхом визначення обґрунтованого порядку взаємодії між надавачами та користувачами послуг раннього втручання; розробки положень, методичних рекомендацій; створення та затвердження стандарту послуги раннього втручання.

3. Створення системи кадрового забезпечення шляхом напрацювання та затвердження навчальних програм, курсів, а також проведення тренінгів, круглих столів, науково-практичних конференцій для лікарів і фахівців, які задіяні у системі надання послуг раннього втручання.

4. Формування інформаційного забезпечення проекту з метою роз'яснення спеціалістам, адміністраторам, а головне, батькам основних переваг раннього втручання. За словами заступника міністра охорони здоров'я Віктора Шафранського, під час реалізації пілотних проектів відбудеться апробація вітчизняної моделі організації оцінки раннього розвитку дитини та порядку взаємодії нової міжвідомчої структури, що дозволить чітко виявляти найгостріші проблеми, планувати і надавати комплексну, а також економічно обґрунтовану допомогу у пілотних та інших регіонах України.

Запропонований формат роботи був підтриманий іншими членами Міжнародної експертної робочої групи. На думку Уповноваженого Президента України з прав дитини Миколи Кулеби та Уповноваженого Президента України з прав людей з інвалідністю Валерія Сушкевича, національна реалізація такої сучасної комплексної послуги раннього втручання допоможе об'єднати розпорошену на сьогодні різногалузеву допомогу дитині.

Довідка

За даними останніх міжнародних досліджень, уже в перші роки життя приблизно у 13% дітей відзначаються затримки в розвитку (в Україні – у кожній 7-й дитині), що потребують раннього втручання. Понад 2% усього дитячого населення мають інвалідність.

Налагодження системи послуг раннього втручання передбачає організацію допомоги дітям раннього віку з особливими потребами, надання системної підтримки родинам, які виховують дітей із вадами розвитку, запобігання відмова батьків від дітей з психофізичними порушеннями, а також попередження інвалідизації дитячого населення.

Над впровадженням проекту в Україні працює Міжнародна експертна робоча група, до складу якої ввійшли представники міністерств (МОЗ, МОН, Мінсоцполітики), НАМН України, Уповноважений Президента України з прав дитини, Уповноважений Президента України з прав людей з інвалідністю, міжнародних благодійних організацій та фондів, Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), батьківських організацій, а також регіональні представники пілотних областей.

У МОЗ обговорили питання співпраці у сфері протидії соціально небезпечним хворобам між цивільним і пенітенціарним сектором

10 грудня 2015 р. за ініціатииви МОЗ України відбулося робоче засідання з метою опрацювання питань впровадження лікувальних і профілактичних програм у закладах пенітенціарної системи, зокрема тих, що фінансуються і за рахунок грантів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.

Учасники сформували пропозиції щодо подальших кроків і спільних дій для усунення організаційно-правових перешкод у забезпеченні ефективної співпраці та впровадження профілактичних програм, програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) та заходів із діагностики/лікування туберкульозу та ВІЛ/СНІДу серед осіб, які перебувають в установах пенітенціарної системи.

З метою розширення програм ЗПТ і забезпечення їх безперервності для засуджених пацієнтів протягом найближчого часу будуть сформовані та подані для узгодження пропозиції для внесення змін до спільного наказу МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України та Державної служби України з контролю за наркотиками від 7.11.2012 № 1868/22180 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії». Крім того, з метою раннього виявлення та організації надання медичної допомоги затриманим, ув'язненим та засудженим, хворим на туберкульоз, МОЗ спільно з державною пенітенціарною службою буде відпрацьовано механізм проведення необхідних обстежень засуджених осіб, а також буде розроблено відповідний Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів та установ виконання покарань щодо забезпечення лікуванням затриманих, ув'язнених та засуджених, хворих на туберкульоз.

За інформацією прес-служби МОЗ України