

О нормативно-правовых аспектах гастроэнтерологической службы, культуре питания и не только...



12 ноября в г. Яремче по инициативе Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика и непосредственно главного гастроэнтеролога МЗ Украины, члена-корреспондента НАМН Украины Н.В. Харченко состоялось заседание главных внештатных специалистов МЗ АР Крым, управлений здравоохранения областных, Киевской и Севастопольской городских государственных администраций по специальности «Гастроэнтерология». Конференция прошла при поддержке фармацевтической компании «АстраЗенека» – одной из ведущих мировых компаний, которая не только занимается разработкой и производством препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью, но и активно поддерживает интерес практических врачей к научным мероприятиям, социальным и инновационным проектам.

На заседании, состоявшемся в г. Яремче, обсуждались вопросы нормативно-правового обеспечения гастроэнтерологической службы, а также современные аспекты диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, в частности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Главный гастроэнтеролог МЗ Украины, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Наталья Вячеславовна Харченко рассказала об изменениях в нормативно-правовой базе, регулирующей функционирование гастроэнтерологической службы.



– Согласно приказу Министерства здравоохранения от 28.12.2009 № 1051 отчетные документы областными гастроэнтерологами должны быть поданы до 15 марта. Требования к оформлению и содержанию форм статистической отчетности регламентированы в приложении к данному приказу. Отчетная документация должна содержать анализ работы гастроэнтерологической службы, статистические данные, окончательные или промежуточные итоги научной работы, а также отражать сведения об укомплектованности штата и оснащенности диагностическим оборудованием. Особое внимание следует обратить на статистическую информацию по таким патологиям, как синдром раздраженного кишечника и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Важным является анализ качества оказания гастроэнтерологической помощи и возможных путей ее улучшения.

Что касается последипломного обучения специалистов, то в МЗ Украины подано письмо об обязательном включении главных гастроэнтерологов областных отделов здравоохранения в аттестационные комиссии; необходимо провести разъяснительные семинары о балльной системе в предаттестационных циклах, а также о правилах подачи сертификатов.

Следует подчеркнуть, что с 2013 года для получения первой и высшей категории обязательным является умение проводить диагностическую фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). Гастроэнтерологам, подтверждающим свою квалификацию, владеть навыками проведения ФГДС необязательно. В 2011 г. планируется проведение первого трехмесячного цикла по обучению врачей-гастроэнтерологов основам проведения диагностической ФГДС.

Большое значение для научно-методического обеспечения оказания эффективной гастроэнтерологической помощи имеют результаты последних исследований и новости мировой гастроэнтерологии, которые были доложены на Европейской гастроэнтерологической неделе (23–27 октября, г. Барселона, Испания). Материалы,

представленные в рамках мероприятия, переведены сотрудниками кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика и будут публиковаться в «Медицинській газеті «Здоров'я України».

Произошли изменения, касающиеся порядка поступления в клиническую ординатуру. Выпускники бюджетной формы обучения медицинских вузов могут поступить в клиническую ординатуру только после прохождения интернатуры и трехлетней отработки по распределению.

Усовершенствование нормативно-правовой базы, проведение конференций, школ и аттестационных циклов способствуют повышению квалификации врачей-гастроэнтерологов, а значит, и оказанию специализированной медицинской помощи пациентам на более высоком уровне.

Еще один доклад профессора Н.В. Харченко был посвящен современным подходам к лечению пациентов с ГЭРБ.

– ГЭРБ считают эпидемией XXI века. Характерный симптом этого заболевания – изжога – достаточно часто беспокоит пациентов и существенно снижает качество их жизни. По данным Yuen и соавт. (2010), 34,6% населения Европы испытывают изжогу ежемесячно, 26,2% отмечают появление изжоги еженедельно, а 8,2% – ежедневно. В странах Европы и в США распространенность изжоги и эрозивного эзофагита является максимальной – 20% (Y.S. Cho et al., 2005). Удельный вес тяжелых форм ГЭРБ стремительно возрастает.

ГЭРБ инициирует порочный круг влияния кислотного содержимого желудка на пищевод. При ослаблении антирефлюксного барьера происходит патологический заброс содержимого желудка в пищевод. В связи с большим объемом рефлюктата увеличивается продолжительность



контакта слизистой оболочки пищевода и соляной кислоты, в результате происходит повреждение слизистой оболочки пищевода (эзофагит), ослабление перистальтики пищевода и снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Эти процессы приводят к ослаблению антирефлюксного барьера, что способствует развитию ГЭРБ.

К причинам возникновения патологического рефлюкса относятся преходящее расслабление НПС, недостаточная функция НПС, повышенное внутрибрюшное давление. Данные, опубликованные российскими учеными (И.В. Маев, 2009), свидетельствуют о значительном преобладании (68,6%) случаев замедленной желудочной эвакуации у пациентов с ГЭРБ.

Среди факторов, которые способствуют ослаблению тонуса НПС, пищевода и желудка, различают функциональные и органические. К функциональным относятся:

- погрешности в питании (частое неконтролируемое употребление жирной и жареной пищи, шоколада, газированных напитков, мучных изделий, острых приправ и алкоголя);

- прием лекарственных препаратов (цитрамон, ацетилсалициловой кислоты, индометацина, папаверина, спазмолитиков, анальгетиков, теофиллина, антагонистов кальция, нитратов, холинолитиков, β-блокаторов, седативных, снотворных средств, антидепрессантов, контрацептивов);

- повышение внутрибрюшного давления (ожирение, беременность);
- метеоризм, запоры.

К органическим факторам относят:

- поражение блуждающего нерва (диабетический гастропарез);

- грыжу пищеводного отверстия диафрагмы;
- поражение циркулярной мышцы сфинктера (при склеродермии);

- гастро- и дуоденостаз (при ферментативной недостаточности поджелудочной железы).

Сегодня выделяют эрозивную ГЭРБ (эндоскопически позитивный вариант, рефлюкс-эзофагит), неэрозивную ГЭРБ (эндоскопически негативный вариант, без эзофагита) и пищевод Барретта.

Для классификации эрозивной ГЭРБ используют Лос-Анджелесскую классификационную систему рефлюкс-эзофагитов (Lundell et al., 1999):

- степень А – ≥1 повреждение длиной <5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки пищевода;
- степень В – ≥1 повреждение слизистой длиной ≥5 мм, ограниченное пределами складки; повреждения не сливаются между собой;
- степень С – ≥1 повреждение слизистой оболочки, которое распространяется на 2 складки (и более) и между ними, но занимает <75% окружности пищевода;

- степень D – повреждение слизистой оболочки, охватывающее ≥75% окружности пищевода.

Метаанализ 20 крупных клинических исследований, в которых приняли участие 18 346 пациентов, показал корреляционную связь между увеличением массы тела и наличием ГЭРБ.

Соответственно, основные принципы лечения ГЭРБ направлены на модификацию образа жизни: пациент с ГЭРБ должен питаться 5–6 раз в день небольшими порциями; перерыв между приемами пищи должен составлять не менее 3 ч; из рациона следует исключить острые, соленые продукты, жареную пищу, оказывающие раздражающее действие на слизистую оболочку желудка. Питание должно быть сбалансированным, содержать достаточное количество витаминов, минеральных элементов, пищевых волокон, ω₃-жирные кислоты и т. д. В рационе обязательно должны присутствовать фрукты и овощи, необходимые для улучшения моторики желудка.

Модификация образа жизни предусматривает отказ от курения, уменьшение употребления алкоголя, поддержание нормальной массы тела. По данным литературы, повышение индекса массы тела (ИМТ) >26 увеличивает вероятность развития ГЭРБ на 25%, а при ИМТ >30 риск развития ГЭРБ возрастает на 35%.

Ключевой класс препаратов, применяемых для лечения ГЭРБ, – это ингибиторы протонной помпы (ИПП). Тем не менее в ряде исследований (J. Richter, 2007; R. Fass, A. Gasiorowska, 2008; C. Van Rensburg, 2009) звучат следующие факты:

- от 25 до 40% пациентов не отвечают на терапию ИПП в стандартных дозировках;

– от 25 до 40% пациентов не отвечают на терапию ИПП в стандартных дозировках;

– от 25 до 40% пациентов не отвечают на терапию ИПП в стандартных дозировках;

– от 25 до 40% пациентов не отвечают на терапию ИПП в стандартных дозировках;

– на увеличение дозы ИПП в 2 раза при недостаточном эффекте отвечают около 25% пациентов;
 – у 10-40% больных жалобы сохраняются даже при приеме ИПП в двойной стандартной дозировке, а у 10-15% этот класс препаратов вообще не эффективен;
 – всего 50% пациентов полностью удовлетворены стандартной терапией ИПП, до 58% – отмечают удовлетворительный результат и необходимость применения дополнительной медикаментозной терапии.

Следует отметить, что причин резистентности к ИПП немало, однако все они при правильном подходе могут быть откорректированы.

Безусловно, за последние несколько лет подходы к лечению ГЭРБ менялись, поэтому можно говорить об их эволюции – от Шаттлского консенсуса 2008 года (G.N. Tutgat et al.) до Латино-Американского консенсуса, принятого в этом году (H. Cohen et al.), согласно которому ИПП остаются препаратами выбора в лечении ГЭРБ. Так, в многоцентровом рандомизированном исследовании (Kahrilas et al., 2000; Richter et al., 2000) у 3500 пациентов с эрозивной ГЭРБ ученые сравнивали эффективность эзомепразола (Нексиум, компания «АстраЗенека») 40 мг и омепразола 20 мг. Было показано, что Нексиум® приводит к заживлению рефлюкс-эзофагита у большего числа пациентов за более короткое время по сравнению с омепразолом: 76 и 65% соответственно после 4-недельного лечения и 94 против 87% соответственно по истечении 8-й недели терапии. Кроме того, в группе Нексиума заживление рефлюкс-эзофагита у того же числа больных, что и в группе омепразола, происходило в 2 раза быстрее: 82 против 69% через 4 нед лечения и 94 против 84% через 8 нед.

Также при приеме Нексиума заживление эзофагита за 4 нед было лучшим (на 11%), чем при приеме омепразола; независимо от степени тяжести эзофагита раньше наступала стойкая клиническая ремиссия.

В исследовании Vakil et al. (2000) была доказана высокая эффективность поддерживающей терапии рефлюкс-эзофагита препаратом Нексиум® в режиме 20 мг 1 раз в сутки у пациентов с эндоскопически подтвержденной ремиссией.

Группой авторов (Talley, Lauritsen et al., 2000; Talley, Venables et al., 2000) изучалась эффективность применения Нексиума в режиме терапии «по требованию» у 428 пациентов с повторяющимися симптомами ГЭРБ. Всех пациентов разделили на 2 группы: эзомепразола в дозе 20 мг/сут и плацебо. При неэффективности принимаемой терапии больные имели возможность отказаться от лечения. В группе эзомепразола результаты лечения оказались значительно лучше, чем в группе плацебо (92 против 57% соответственно). Больные отмечали улучшение состояния и повышение качества жизни. Кроме того показано, что терапия «по требованию» Нексиумом поддерживает высокий процент ремиссии и снижает потребление лекарств, что в конечном итоге является экономически оправданной стратегией.

! Таким образом, эзомепразол (Нексиум) можно назвать новым словом в лечении ГЭРБ. Применение Нексиума в дозе 20 мг 1 раз в сутки можно считать высокоэффективной поддерживающей терапией для пациентов с эзофагитом. У пациентов без эзофагита в режиме терапии «по требованию» Нексиум является более эффективным по сравнению со стандартным длительным приемом ИПП предшествующих поколений.

Врач-эндоскопист Киевской городской клинической больницы № 1 Виталий Николаевич Кутняк остановился на возможностях применения эндоскопии в гастроэнтерологии.



– Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, из 100 больных раком желудка только 5 проживают 5 лет и 1-2 человека – 10 лет. В Украине 1 год проживают 62% пациентов, которым был установлен диагноз рака желудка, притом что наша страна занимает 8-е место по распространенности рака данной локализации среди населения.

Большинство клиник России, стран Европы работают с видеоэндоскопическими стойками – единственными информационными платформами, к которым можно подключить эндоскоп, видеоскоп, видеоколоноскоп, а также хирургическое оборудование с целью проведения соответствующих вмешательств. Возможность обобщения данных является неопределимой для смежных специалистов. Подобные стойки предоставляют современные возможности для эндоскопической медицины.

В обычных гастроскопах источником света является рассеянный белый свет. В современных стойках используется технология NBI (narrow-band imaging) – узкополосная визуализация. Для визуализации используются разные фильтры источника света синего и зеленого цвета, что позволяет получить более четкое и яркое изображение, с которым потом удобно работать.



Использование технологии NBI позволяет проводить тонкую визуализацию той области, из которой необходимо выполнить щипцовую биопсию. При освещении объекта фильтрами разного цвета получается изображение, сопоставимое с таковым при окрашивании. Новые технологии значительно сокращают расход времени и увеличивают эксплуатационный срок приборов, позволяют осуществлять биопсию прицельно из пораженных участков.

При проведении эндоскопического исследования с использованием современной техники врач эндоскопического кабинета получает возможность увидеть и распознать патологический процесс на уровне структуры ткани. Это осуществляется благодаря 70-кратному увеличению, которое обеспечивает зум-эндоскоп; при этом цифровое увеличение происходит без потери качества изображения.

Еще одним неоспоримым преимуществом видеоэндоскопической стойки над обычной является наличие разных режимов съемки, что позволяет эндоскописту сфокусировать внимание только на исследовании и пациенте. Наличие встроенных цифровых карт дает возможность распечатывать изображения для эндоскопических атласов.

Для врача-клинициста большое значение имеет уверенность в правильной постановке диагноза и подтверждение последнего дополнительными лабораторно-инструментальными методами исследования. Современная эндоскопическая аппаратура позволяет на высоком уровне проводить исследование, сохранять его результаты в памяти системы с тем, чтобы воспроизвести на экране, если возникнет такая потребность.

! Современная эндоскопическая аппаратура позволяет на высоком уровне проводить исследование, сохраняя его результаты в памяти системы для того, чтобы при необходимости воспроизвести на экране, а также проводить весь комплекс манипуляций, включая взятие биопсийного материала, за одно исследование.

В заключительном докладе профессор Н.В. Харченко осветила вопросы, связанные с культурой питания и коррекцией массы тела.

– Ожирение – это следствие избыточного питания, свидетельствующее о дисбалансе между получаемой и затрачиваемой энергией. Это синдром, обуславливающий физические, биохимические, метаболические и поведенческие изменения, в результате которых происходит отложение жира и увеличение массы тела.

Суть любой диеты заключается в снижении поступления калорий в организм и увеличении их затрат. Низкоуглеводные диеты направлены на быстрое уменьшение массы тела, однако после отмены диеты вес быстро возвращается к первоначальным цифрам. Продукты, употребляемые в рамках вегетарианской диеты, содержат

преимущественно углеводы, много клетчатки, мало жира и белка. Очень низкокалорийные диеты (до 1000 ккал/сут) и голодание можно использовать только под строгим медицинским наблюдением в стационаре. Показанием для таких диет является резко выраженное ожирение. Однако стоит помнить, что после прекращения голодания наступает набор веса, на 30-50% превышающий потерянный; возможно развитие летальных исходов вследствие молочнокислого ацидоза и желудочковых аритмий, дистрофические изменения органов и тканей.

Наиболее частыми причинами неудач в нормализации массы тела у пациентов с избыточным весом и ожирением являются:

- гормональные нарушения со стороны щитовидной железы (гипофункция), дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы;
- отсутствие психосоматической коррекции;
- употребление готовых продуктов, содержащих усилители вкуса, пищевые добавки, ароматизаторы и др.;
- недостаточное поступление полноценных белков, поступление в организм трансгенных жиров;
- использование мочегонных средств, клизм с целью снижения веса;
- изнуряющие тренировки и избыточная физическая нагрузка при ограничении поступления питательных веществ в организм;
- неправильно составленный рацион;
- недостаточное употребле-

ние питьевой воды;

- отсутствие ритма и режима питания;
- отсутствие двигательного режима;
- недосыпание;
- непоследовательность и отсутствие терпения.

Среди причин неудач при снижении массы тела 48% исследуемых больных отметили недостаток силы воли, 27% – чувство голода, 11% – стрессовые факторы, 10% – недостаток времени; у 4% участников были поставлены нереальные цели.

Для нормализации массы тела необходимо модифицировать образ жизни путем умеренного ограничения питания, создания позитивного настроения и ежедневных умеренных физических нагрузок (ходьба в течение 30-40 мин). У пациента должно быть желание похудеть и большая вера в успех. Не следует ставить жесткие рамки и ограничения, нужно научиться питаться, чтобы после приема пищи сохранялось чувство комфорта. Важны позитивный психоэмоциональный настрой, хороший сон и уверенность в успехе.

! К сожалению, ожирение является хронической болезнью, требующей пожизненного лечения и приверженности пациента. К факторам, которые повышают compliance больных, относятся простота и понятность рекомендаций, ломка привычных жизненных стереотипов, хорошее самочувствие и минимальные затраты на лечение.

Эти, казалось бы, разноплановые темы, рассмотренные в ходе заседания, объединены необходимостью, с одной стороны, повысить уровень квалификации участников научного заседания, с другой – еще раз напомнить им о таких серьезных и насущных проблемах в гастроэнтерологии, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, в лечении которой новым словом назван препарат Нексиум; современные возможности применения эндоскопического оборудования; вопросы совершенствования нормативно-правовой базы и, конечно же, элементарные правила культуры питания, которых врачи должны придерживаться сами, чтобы доносить их до пациента. Хочется надеяться, что благодаря таким инициативным ученым, как профессор Н.В. Харченко, активной позиции Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, спонсорству таких фармкомпаний, как «АстраЗенека», научные выездные заседания станут постоянным атрибутом повышения квалификации практических врачей.

Подготовила Этери Колесник

PNEX0309UA122010