

Актуальні проблеми сучасної гастроентерології в практиці сімейного лікаря

Г.І. Лисенко, І.М. Скрипник*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. ПЛ. Шупика *ВДНЗУ " Українська медична стоматологічна академія", Полтава

Резюме. У статті акцентована увага на окремих важливих проблемах гастроентерології, які мають місце в практичній діяльності сімейного лікаря. Наведено матеріали про поширеність, тенденції перебігу та лікування захворювань органів травлення, у т.ч. гастроезофагеальної рефлексної хвороби, синдрому подразненого кишечника, алкогольно-вірусних уражень печінки тощо.

Ключові слова: органи травлення, гастродуоденальна зона, *Helicobacter pylori*, гастроезофагеальна рефлексна хвороба, синдром подразненого кишечника, ураження печінки, онкозахворювання.

Захворювання органів травлення впродовж останнього десятиріччя стійко займають третє місце в загальній структурі захворювань.

Медичні аспекти гастроентерологічних захворювань мають і соціально-економічну значущість, оскільки пов'язані з передчасною інвалідизацією й смертністю хворих, особливо працездатного віку. Що переконливо диктує необхідність удосконалення традиційних і розробки нових підходів до лікування, та особливо до профілактики захворювань [4].

Так, поширеність захворювань органів травлення в Україні в 2006 році зросла на 44,6 % порівняно з 1997 роком. Особливе занепокоєння спричиняє зростання захворюваності підростаючого покоління. Якщо первинна захворюваність дорослих за 2007 рік збільшилась на 3,1 %, то підлітків 15-17 років-на 9,3 %, а за останні 7 років-на 31 %, зокрема хворобами органів травлення на 39,4 % [8].

Кислотозалежні захворювання у ХХІ столітті займають провідну роль в структурі гастроентерологічних захворювань.

У розвинутих країнах світу спостерігається чітка тенденція до зростання частоти гастроезофагеальної рефлексної хвороби (ГЕРХ), яка по праву йменується "захворюванням ХХІ століття". Серед дорослого населення Європи та США печія, яка є кардинальним симптомом ГЕРХ, зустрічається у 20-40 % [3]. Значення ГЕРХ визначається не лише її розповсюдженістю, але й обтяженням перебігу. За останні десять років у 2-3 рази частіше спостерігаються тяжкі рефлюкс-езофагіти. У 15-20% хворих із тяжким перебігом ГЕРХ розвивається стравохід Баррета, який є передраковим захворюванням [1]. Особливістю клінічного перебігу ГЕРХ у сучасних умовах є зростання питомої ваги позастравохідних проявів (до 60 %), що значно обтяжує діагностику та своєчасне адекватне лікування. Слід

враховувати, що в генезі ряду отоларингологічних та легеневих захворювань також важливе місце займає гастроезофагеальний рефлюкс [6].

Практикуючі лікарі й самі пацієнти недооцінюють значення цього захворювання. Хворі у більшості випадків пізно звертаються до лікаря за медичною допомогою й навіть за наявності виражених симптомів лікуються самостійно. Разом із тим, офіційна статистика з цілого ряду причин не відображає дійсні масштаби цього захворювання. Лікарі, у свою чергу, погано освідомлені про це захворювання та недооцінюють його наслідки, призначають нераціональну терапію.

Велику питому вагу у структурі гастроентерологічної патології займають функціональні захворювання. За останні два десятиліття накопичилась велика кількість нових даних про причини та механізми розвитку функціональної диспепсії, запроваджені методики діагностики порушень моторики та вісцеральної гіперчутливості, вивчена взаємодія системи мозок-кишечник.

У нашій країні майже не налагоджена реєстрація випадків цих захворювань, особливо функціональної диспепсії, яка, за даними зарубіжних дослідників, зустрічається в 10-20 % населення.

Діагностику та лікування функціональних розладів у практичній діяльності сімейного лікаря значно покращує наявність Римських критеріїв (II, які містять чіткий алгоритм ведення хворого з певним функціональним розладом. Первинна профілактика функціональних розладів включає в себе раціональне харчування, загальнозміцнюючі заходи, усунення шкідливих звичок, а вторинна профілактика має спрямовуватись на організацію раціонального харчування, активне лікування захворювання та боротьбу зі шкідливими звичками, які призвели до розвитку захворювання.

У професійному світогляді сімейного лікаря має чітко сформуватися уявлення про те, що діагноз "хронічний гастрит" є діагнозом клініко-морфологічним, а за відсутності морфологічного підтвердження слід виставляти діагноз "диспепсія" (К 30 у МКХ 10 перегляду).

Установлений зв'язок інфекції *Helicobacter pylori* з виразковою хворобою дозволяє по новому підійти до лікування та профілактики цього захворювання. Саме ерадикація гелікобактерної інфекції є першочерговим заходом у досягненні виліковування захворювання, Маастрихтський консенсус надає всі можливі відповіді щодо тактики ведення, діагностики та лікування хворих за наявності інфекції *Helicobacter pylori*. Ерадикаційна терапія є ефективним заходом у забезпеченні профілактики розвитку раку шлунка, оскільки *Helicobacter pylori* визнана Національним інститутом рака (США) у 1994 році канцерогеном першої лінії.

Запровадження останніми роками у клінічну практику критеріїв синдрому подразненого кишечника (СПК), без сумніву має велике значення, оскільки дозволило відокремити з аморфної групи функціональних захворювань певну нозологічну форму.

Захворювання не має патологічних проявів, тому важливо пам'ятати, що СПК залишається діагнозом виключення. Користуватись цим діагнозом слід з певною пересторогою, оскільки під маскою "СПК" можуть бути серйозніші захворювання, зокрема, запальні захворювання кишечника. Проте, не слід впадати й в іншу крайність - усім підряд проводити непотрібні та місткі дослідження. Рішення необхідно приймати індивідуально з урахуванням конкретної симптоматики.

Розроблені загальноприйняті стандарти діагностики та лікування функціональних захворювань зведені у Міжнародний консенсус - Римські критерії III. Вони потребують від лікаря ретельного вивчення й упровадження в практику.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) найчастіше призначаються лікарями, а також приймаються хворими самостійно з метою купірування больового синдрому. Ця група препаратів повинна призначатись пацієнтам за медичними показаннями й потребує моніторингу за станом їхнього здоров'я, оскільки поряд із високою протизапальною ефективністю препарати мають побічний вплив на слизову оболонку шлунково-кишкового тракту, спричиняючи НПЗП-гастропатії, ентеропатії, шлунково-кишкові кровотечі та володіють дозозалежним гепатотоксичним ефектом.

За результатами багатоцентрового дослідження (367 центрів загальної практики Великобританії) не встановлено достатньо переконливих доказів захисного впливу на шлунково-кишковий тракт (ШКТ) нових селективних інгібіторів циклооксигенази-2 порівняно з неселективними НПЗП. Проте, одночасне застосування інгібіторів протонної помпи знижує ризик ускладнень з боку верхніх відділів ШКТ [7]

Захворювання печінки заслуговують на особливу увагу в практичній діяльності сімейного лікаря, оскільки, заданими ВООЗ, близько 350 млн. жителів планети інфіковані вірусом гепатиту В 1180 млн. вірусом гепатиту С. За попередніми оцінками МОЗ України, вірус гепатиту С - один із найбезпечніших відносно хронізації та ускладнень інфекції й майже в мільйона осіб його знаходять у крові. Саме вірус гепатиту С є причиною понад 308 тис. смертей щорічно від раку печінки та 785 тис. смертей внаслідок цирозу печінки.

Тактика ведення хворих на вірусні ураження печінки полягає в досягненні стійкої вірусологічної відповіді на противірусну терапію сучасними інтерферонами та аналогами нуклеозидів.

Із кожним роком зростає питома вага алкогольно-вірусних уражень печінки, питома вага яких складає до 35 % у загальній структурі хронічних дифузних уражень печінки.

Неалкогольний стеатогепатит зараз є досить розповсюдженим захворюванням, що, у першу чергу, пов'язано зі зростанням в популяції населення з надлишковою вагою та захворюваності на цукровий діабет типу 2. Саме сімейний лікар разом із гастроентерологом повинен змінити звички стилю життя пацієнта щодо раціонального харчування, переконати

його в першочерговій необхідності зменшення маси тіла, підвищенні рухової активності та обмеженні дії психоемоційних чинників.

Особливої актуальності в XXI столітті набуває проблема медикаментозної гепатотоксичності, яка зумовлена широким і не завжди виправданим, з точки зору медичних показань, застосуванням антибіотиків.

Тенденція зростання тривалості життя сприяє підвищенню росту онкологічних захворювань, особливо серед осіб похилого й старечого віку.

Лікування пацієнтів з початковими стадіями раку різноманітної локалізації зумовлює досягнення виживаємої ості у 80-90 % випадків. Саме на сімейного лікаря покладається важливе завдання - своєчасна діагностика онкозахворювань на ранніх стадіях та направлення до онколога, оскільки хворий уперше звертається до сімейного лікаря. Спеціальна підготовка та онконастороженість сімейних лікарів дозволяє ефективно виявляти онкопатологію на ранніх етапах за допомогою скринінгових методик.

Важливо акцентувати увагу на найчастішій із пухлин ШКТ- раку шлунка, питома вага якого складає 50 % неопроцесів травної системи.

Завдання сімейного лікаря полягає в реалізації ефективної первинної профілактики серед населення - відмови від паління, щоденному вживанні свіжих фруктів і овочів при кожному прийомі їжі, боротьбі з хронічними Інтоксикаціями (відмова від алкоголю та його сурогатів), контроль професійної шкідливості.

Суттєвий шлях вияву ранніх форм раку - діагностика та лікування передпухлинних станів і скринінг раку шлунка серед групи ризику. Сімейний лікар чітко повинен усвідомлювати контингент групи ризику раку шлунка. Це особи, які мають двох і більше кровних родичів, що страждають на рак шлунка, пацієнти зі стравоходом Баррета, дисплазією слизової оболонки шлунка, атрофічним гастритом, кишковою метаплазією слизової оболонки шлунка, а також особи, які в анамнезі перенесли резекцію шлунка. Отже, за умов своєчасного виявлення раку шлунка, це загрозливе захворювання має бути виліковуваним.

Надзвичайно важливою медико-соціальною проблемою є колоректальний рак. Науково обґрунтовані клінічні дослідження дозволяють рекомендувати скринінг колоректального раку для чоловіків та жінок, розпочинаючи з 50-річного віку.

За наявності в пацієнтів розладів ШКТу вигляді болю в животі, стійких змін випорожнень з переважанням закріпів, слизута крові в калі, особливо з одночасною втратою маси тіла або залізодефіцитною анемією, неприпустимо симптоматичне лікування на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги. В термін до трьох тижнів такий хворий має обстежитись і проконсультуватись онкологом.

Завданням сімейного лікаря є необхідність інформування населення про дотримання здорового образу життя (підвищення фізичної активності, регулярні заняття спортом включення в харчовий раціон свіжих овочів та

фруктів, обмеження вживання червоного м'яса, відмова від паління), що ефективно знижує ризик виникнення раку товстої/прямої кишки.

В сучасних умовах на лікарів первинної медико-санітарної допомоги покладається забезпечення до 80% медичних потреб населення України [5].

Використання принципів доказової медицини у практичній діяльності сімейного лікаря полягає у пошуку науково обґрунтованих відповідей на спірні питання. Науково-доказова медицина безумовно базується й на клінічному досвіді компетентного клініциста, і на використанні в практиці сучасних наукових даних, отриманих в процесі досліджень. Завданням клініциста є пошук найкращих наукових даних і правильна їх інтерпретація у кожній конкретній клінічній ситуації.

Проте, доказова медицина у свідомості більшості лікарів асоціюється з використанням клінічних рекомендацій, а не з пошуком індивідуальних відповідей на клінічні конкретні питання, як це передбачалось засновниками доказової медицини [2].

У статті акцентована увага на окремих важливих проблемах гастроентерології, які мають місце в практичній діяльності сімейного лікаря.

Зосередження уваги на невирішених питаннях і проблемах гастроентерологічних аспектів сімейної медицини, є, на наш погляд, конструктивним і перспективним.

Література

Гастроэнтерология и гелатология: Диагностика и лечение / Под ред. А.В.Калинина и А.И.Хазанова. - М.: Миклош, 2007. - 602 с.

Дубикайтис Т.А. Научно-доказательная медицина. Основные принципы и перспективы развития // Рос. семейный врач. - 2007. - Т. 11, №4. - С 18-24.

Передерий В., Ткач С., Кузенко Ю., Скопиченко С. Кислотозависимые заболевания, - К., 2008. - 425 с.

Руководство по внутренним болезням для врача общей практики: от симптома и синдрома - к диагнозу и лечению / Под ред. Ф.И.Комарова. - М.: ООО "Мед. информ. агенство", 2007. - 872 с.

Сімейна медицина/ За ред. В.Б. Гоцинського, Є.М. Стародуба. - Тернопіль: ТДМЦ, 2005. - 810 с.

Скрыпник И.Н., Емельянова Н.Ю. Взаимосвязь стоматологических и фаринго-ларингиальных проявлений у пациентов с ГЭРБ // Сучасна гастроентерологія. - 2009. - №1. - С. 18-20.

Хиппислей-Кокс Ю., Коуплэнд К., Логан Р. Риск развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта при приеме селективных и неселективных нестероидных противовоспалительных средств // Рос. семейный врач. - 2006. - Т. 10, №3. - С 46-47.

Філіппов Ю.О., Скирда І.Ю. Динаміка поширеності і захворюваності основними хворобами органів травлення в Україні за 10 останніх років (1997-2006 рр.) II Гастроентерологія. - Вип. 42. - Дніпропетровськ, 2008. -С. 3-10.