

УДК: 616.3: 616-08-039.57: 616.342

СУЧАСНІ ПРОГРАМИ МОНІТОРИНГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Чernобровий В.М., Мелашенко С.Г., Палій І.Г., Півторак Н.А., Заїка С.В., Скрипка А.А., Феджага І.В., Кавка С.О., Косенко С.В., Фостаковський Д.С., Чернова І.В., Морозова О.І., Бурка Н.В., Колісник С.П.

Вінницький державний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: сімейний лікар, пептична виразка, холецистит, синдром подразненого кишечника, шлунок, *Helicobacter pylori*

Вступ. Хвороби органів травлення дуже поширені серед населення – кожна 2-3-я доросла людина має проблеми з органами шлунково-кишкового тракту [2]. Диспансерним наглядом у м. Вінниці охоплено кожен 5 дорослу особу (67651 хворий з 313900 населення в 2001 р.).

Традиційна схема надання етапної допомоги цій категорії хворих передбачає послідовність: дільничний терапевт-гастроентеролог поліклініки – міське гастроентерологічне відділення. Втім, за проведеним аналізом структури захворювань в міському гастроентерологічному стаціонарі в березні 2000 р., 85-90% хворих не потребували стаціонарного лікування, а могли лікуватися в

амбулаторних умовах. Нестача грошей у бюджеті не дозволяла також забезпечити належного дієтхарчування в стаціонарі. Це спонукало до відкриття міського гастроцентру з денним перебування хворих, який значно наблизив висококваліфіковану допомогу до широких верств населення. Якщо в стаціонарних умовах проліковувалось в середньому за рік 600 пацієнтів, то 2001 р. їх було 2500. Відкритий консультативний прийом гастроцентру перелаштовує традиційну схему на двохетапність: сімейний лікар (або дільничний терапевт) – міський гастроцентр, що виключає необхідність попереднього рутинного обстеження перед

направленням у денний стаціонар. Зв'язок гастроцентру з першими амбулаторіями сімейного лікаря м. Вінниці посилюється проведенням щомісячних засідань школи-семінару лікарів сімейної медицини, які організовані при тісній співпраці кафедри поліклінічної та сімейної медицини Вінницького медичного університету та гастроентерологічного центру м. Вінниці.

Пацієнти гастроцентру отримують всі необхідні медикаментозні, фізіотерапевтичні процедури, фітотерапію, голкорексфлексотерапію та масаж. Зважаючи на широке розповсюдження у данної категорії хворих психосоматичних розладів, у відділенні відкрито кабінет психотерапії, де проводиться індивідуальна та групова психотерапія, ароматерапія.

Матеріали та методи. Діагностика кислотозалежних захворювань органів травлення у гастроентерологічному центрі ґрунтується на комп'ютерній рН-метрії, визначенні інфікованості слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* (Hр): 1) інвазивні ендоскопічні тести – Хелікоктест; URE-Hр тест – 976 обстежених за рік; 2) неінвазивні – імунохроматографічний diBest-тест на Hр та дихальний тест із C13-сечовиною – 126 обстежених за рік.

Результати досліджень та їх обговорення. Функціональна діагностика кислотоутворення в шлунку передбачає проведення різноманітних діагностичних тестів: експрес-методику гастро-рН-метрії, гастроскопічної рН-метрії, багатогодинного (добового) рН-моніторингу шлунка або стравоходу [1, 3, 5]. При цьому їх доречно використовувати не лише в базальних умовах, але і для проведення фармакологічних проб з блокаторами та стимуляторами секреції НСІ, препаратами, якими планується лікувати конкретного пацієнта.

За нашими даними гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (ПВШ та ДПК) супроводжуються гіпер- та нормаоцидністю в абсолютної більшості хворих: 65%, 97% та 75% відповідно. Хоча при базальній рН-метрії гіпоацидність в них констатується нерідко, проведення добових (багатогодинних) рН-моніторингів шлунка переконливо доводить наявність факту пептичної агресії шлункового вмісту на слизові оболонки стравоходу, шлунка або ДПК в зазначених категоріях хворих (досвід 345 добових рН-моніторингу). Відсутність відповідного рівня кислотності спрямовує діагностичний пошук на з'ясування інших причин захворювань. Наприклад, при ПВДПК мова може йти про хворобу Крона, при ПВШ – хімічний гастрит (зложивання нестероїдними протизапальними засобами, рефлюкс жовчі), при ГЕРХ – лужний (жовчний) рефлюкс. В розв'язанні діагностичної проблеми рефлюксів рН-метрія вважається “золотим стандартом діагностики” [8]. Якщо при дуоденогастральних рефлюксах ми користуємося їх непрямыми ознаками, то при гастроєзофагеальних (кислих та лужних),

виконуючи математичну обробку добових рН-грам з підрахунком загального часу з $\text{pH} < 4,0$ або $\text{pH} > 7,0$ у вертикальній та горизонтальних позиціях, загальної кількості рефлюксів, рефлюксів більших 5 хв. це можна зробити достатньо впевнено.

Досвід проведення нами фармакопроб при кислотозалежних захворюваннях з сучасними антисекреторними препаратами (423 добових та багатогодинних рН-моніторинги шлунка) показує, що стандартне призначення інгібіторів протонної помпи (ІПП) та блокаторів H₂-рецепторів гістаміну (БН2Р) в терапії ПВШ, ПВДПК та ГЕРХ не завжди дозволяє досягти бажаного рівня ацидоінгібіції. За нашими даними добових досліджень у хворих на ПВ у 5% має місце абсолютна, а у 23% – відносна нечутливість до стандартних доз БН2Р, тобто загальний час за добу з $\text{pH} > 3,5$ (припинення протеолітичної активності шлункового соку) не був довшим 8 годин. Відносна нечутливість, на відміну від абсолютної, може бути подолана збільшенням стандартної дози препаратів в 1,5-2 рази [3]. Прийом БН2Р одноразово в повній добовій дозі після вечери у хворих на ПВШ та ПВДПК має помітні переваги над прийомом половинних доз двічі на день. Розподіл добової дози на дві доречні у хворих з переважанням денного болю та ГЕРХ, але при цьому пригнічення кислотності вдень достовірно менше ніж вночі через стимуляцію шлунка прийомом їжі.

Повна нечутливість до ІПП спостерігається лише в поодиноких випадках і притаманна хворим з декомпенсованим пілоричним стенозом. Хоча зазначений феномен і є вкрай рідкісним, але використання цієї групи препаратів у схемах ерадикаційної терапії Hр висуває до них більш жорсткі вимоги – до 18-20 годин за добу стійкого перевищення межі рН 5 од. Саме в цих умовах краще реалізують себе антибактеріальні потенції препаратів. Стандартний режим (1 доза двічі на день) дозволяє зробити це на 4-7-й день терапії у 95% хворих на ПВ, в той же час призначення подвоєної дози 1 раз на день – у 100%. Слід зазначити, що серед препаратів ІПП помітно швидше (вже на 1-2-й день лікування) реалізує свої антисекреторні потенції лансопразол. У деякої частини хворих (37%) задовільний ступінь пригнічення кислотності може бути досягнутий при одноразовому прийомі 1 стандартної дози ванції [1]. Найчастіший варіант недостатнього пригнічення секреції ІПП – це поява “нічних проривів кислотності” в першій половині ночі [9]. У більшості пацієнтів цей феномен може бути усунений додатковим призначенням перед сном стандартної дози ІПП або дози БН2Р. Така комбінація може бути актуальною не тільки при ерадикаційній терапії Hр, а і лікуванні хворих на ГЕРХ з нічними рефлюксами, ГЕРХ з ерозивно-виразковими ураженнями слизової оболонки стравоходу. При цьому підкреслюємо, що гарантовано забезпечити необхідний рівень ацидоінгібіції при всіх сучасних схемах терапії можливо лише при моніторингу рН. Що

стосується питання про ерадикаційну терапію Нр при GERX, то ми вважаємо її доречною не тільки за обов'язковими та відносними показаннями Маастрихтського консенсусу (II – 2000р.), але і при шлунковій гіпоацидності (висока ймовірність атрофічних зміни слизової).

Захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів останнім часом мають тенденцію до неухильного поширення і займають одне із провідних місць серед причин непрацездатності в усьому світі. Незважаючи на нові і досить перспективні методи консервативного лікування хворих на хронічний калькульозний холецистит (ХКХ), більшості пацієнтів виконується хірургічна корекція холелітіазу. Метою одного з наших досліджень було з'ясувати, які зміни в кислотоутворюючій функції шлунка відбуваються при холециститі та постхолецистектомічному синдромі (ПХЕС), і які особливості інфікованості Нр. Обстежено 8 хворих на ПХЕС та 15 хворих на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ). Хворі обох груп були репрезентативні за статтю та віком. Під час ФЕГДС у всіх хворих на ПХЕС спостерігалось запалення слизової оболонки ДПК та шлунка. Майже у всіх хворих на ХНХ мав місце дуоденіт і у більшості були виражені ознаки гастриту. Отримані результати дослідження кислотоутворюючої функції шлунка свідчать про те, що у хворих з ПХЕС не спостерігалось ні вираженої гіперацидності, ні вираженої гіпоацидності. Помірна гіперацидність мала місце у 25% хворих, нормаацидність – у 12,5% і помірна гіпоацидність – у 62,5%. Показники кислотності шлунка у хворих на ХНХ коливались у більш широких межах: 6,6% мали виражену гіперацидність; 13,3% – помірну гіперацидність; 26,7% – нормаацидність; 26,7% – помірну гіпоацидність; 26,7% – виражену гіпоацидність. Отже, у хворих першої групи показники кислотності були в межах від 1,6 до 3,59 з явно вираженою тенденцією до гіпоацидності. У хворих другої групи також спостерігалась подібна закономірність з перевагою у відсотковому відношенні показників зниженої кислотності.

Логічним поясненням цього явища може бути рефлюкс жовчі із ДПК, що залує середовище шлунка. У 100% хворих з ПХЕС мав місце дуоденогастральний рефлюкс, а у хворих на ХНХ він спостерігався у 80% випадків. Непрямі ознаки дуоденогастрального рефлюксу ми отримували і при рН-метричному обстеженні. Серед хворих на ХНХ лише 26% були інфіковані Нр. В той же час у хворих на ПХЕС в 75% уреазний тест був позитивний. Гіпоацидність є важливим предиктором наявності атрофічних змін слизової оболонки шлунка, що є значним фактором ризику виникнення кишкової метаплазії з подальшою дисплазією. Отже, на нашу думку, ці хворі потребують обов'язкового диспансерного обліку і спостереження, а в їх лікуванні одну з провідних ролей повинна відігравати ерадикація Нр. Лікування загострень ХНХ та ХКХ, в якому

провідну роль відіграє антибактеріальна терапія, при наявності інфікованості Нр, ми проводимо, використовуючи схеми ерадикації, розв'язуючи таким чином одразу дві задачі.

Проблема хронічного панкреатиту (ХП) залишається однією з найбільш актуальних в сучасній гастроентерології. Результати лікування хронічного панкреатиту нерідко залишаються незадовільними. Часто це буває пов'язаним з відсутністю в арсеналі практичного лікаря реальних засобів, здатних вплинути на рефрактерний больовий синдром, пов'язаний з розтягненням капсули та головної протоки підшлункової залози, внаслідок підвищеної секреції панкреатичного соку, значну роль в регуляції якої відіграє гастроінтестинальний гормон секретин, який в свою чергу інкретується слизовою ДПК під впливом соляної кислоти. Метою одного із досліджень було вивчення особливостей перебігу ХП у хворих з гіперацидним синдромом, визначення раціональної схеми фармакотерапії кислотоблокуючими засобами. У відповідності з завданнями дослідження було обстежено 42 хворих, у яких за клінічними та лабораторними даними було встановлено діагноз ХП. На підставі клінічних та додаткових методів обстеження (в тому числі ізотопного дихального тесту на екскреторну функцію залози) проведено порівняння особливостей перебігу ХП з гіперацидним синдромом з перебігом ХП без гіперацидного синдрому і встановлено, що, по-перше, гіперацидний синдром обтяжує перебіг ХП, по-друге, супроводжує більшість випадків гіперферментних панкреатитів. Стан гіпер- та нормаацидності на підставі рН-метричного обстеження констатовано у 63% хворих на ХП. Встановлено, що фамотидин позитивно впливає на перебіг хронічного панкреатиту в поєднанні з гіперацидним синдромом [6]. Оптимальною дозою фамотидину для хворих хронічним панкреатитом в поєднанні з синдромом шлункової гіперацидності на основі внутрішньошлункової рН-метрії "у часі" визнана доза 40 мг/добу (за 2 прийоми) всередину.

Синдром роз'яченого кишечника (СРК) являє собою актуальну проблему як для амбулаторних пацієнтів у контексті зниження якості життя, так і для практичних лікарів, в зв'язку з необхідністю встановлення діагнозу методом виключення [7]. 34% пацієнтів, що обстежувались та лікувались в гастроцентрі, діагноз СРК встановлювався як основний або супутній. Відштовхуючись від традиційних схем лікування, що включали в себе призначення засобів, які нормалізують моторику кишечника (цизаприд, дюспаталін, дицител), корекції явищ дисбактеріозу, нормалізації психічного статусу хворого (антидепресанти, психорелаксуюча терапія) [6,7], при виборі варіанту терапії для конкретного хворого ми також враховували статус інфікованості Нр та ацидність шлунку.

Наприклад, при СРК з переважанням діарейних розладів у третини пацієнтів спостерігалась

виражена гіпоацидність, яка вимагала відповідної корекції аж до кислотозамісної терапії, що значно покращувало остаточні результати лікування. У виборі між кислотозамісною та кислотостимулюючою терапією добре себе зарекомендувало рН-метричне обстеження в режимі добового рН-моніторингу або багатогодинної проби з “Гербогастрином” (спиртова настоянка лікарських трав). Критерієм призначення кислотозамісної терапії є відсутність закислення внутрішньошлункового вмісту нижче 3,5 од. рН.

Наш досвід свідчить, що у хворих з СРК, одночасно інфікованих Нр, слід обмежитись обов'язковими показаннями до ерадикації Нр (за Маастрихтським консенсусом II – 2000р.) та не проводити її за наявності лише відносних показань. Таке обережне ставлення до ерадикації обумовлене високим ризиком спровокувати дисбактеріоз кишечника [4, 6], який, в свою чергу, значно знизить якість життя хворого та ускладнить подальше лікування. Коли, все-таки, виникає необхідність проведення ерадикації Нр у хворого з СРК (особливо при вже наявному дисбактеріозі та показаннях до антибактеріальної фармакотерапії), найкраще себе зарекомендували схеми ерадикаційної терапії, які ґрунтуються на використанні колоїдного субцитрату вісмуту та фуразолідону.

Результати лікування як ятрогенних, так і неятрогенних дисбактеріозів [4] можуть бути суттєво покращені, якщо після курсів відповідної антибактеріальної терапії буде проведена ефективна ентеросорбційна терапія. При дисбактеріозі I ступеня взагалі можна обійтись без попередньої антибактеріальної терапії. У нас є досвід застосування ентеросорбенту кремнійорганічної природи “Ентеросгелю” для проведення комплексного лікування цієї патології. Під нашим спостереженням перебувало 78 хворих з кишковим дисбактеріозом різного ступеня важкості, що перебігав на тлі різнопланової супутньої патології. Всім хворим було запропоновано наступний курс лікування: дієта, вітамінопрепарати, пробіотики та “Ентеросгель” всередину по 15 г 3 рази на день у проміжках між прийомами їжі та медикаментів тривалістю 10 днів. У ході оцінки ефективності лікування встановлено, що застосування ентеросгелю у 90% хворих викликало суб'єктивне покращення загального самопочуття вже на 4-5 день прийому препарату. Була відмічена позитивна динаміка проявів дисбактеріозу кишечника у вигляді зникнення метеоризму, появи вираженої тенденції до нормалізації випорожнень, усунення або помітного зменшення больових відчуттів. При мікробіологічному обстеженні хворих

встановлено, що відбулося достовірне підвищення загального рівня E.coli, лакто- і біфідобактерій. У той же час рівень патогенної мікрофлори родини кишкових, гемолізуючої E.coli, грибів роду Candida достовірно знизився.

У відновному лікуванні хворих з перерахованими вище захворюваннями органів травлення добре себе зарекомендували комплексні гомеопатичні препарати Національної гомеопатичної спілки України – холегран та гастрогран. Ураховуючи відсутність побічних ефектів, доступність, простоту дозування, ці препарати з успіхом використовуються лікарями загальної практики, які отримали відповідні знання по методиці контрольованої гомеопатичної терапії при відвідуванні засідань школи-семінару сімейного лікаря.

У хворих з резистентною до лікування гастроентерологічною патологією необхідно також враховувати можливість вертеброгенних впливів на хворий орган. Травматизація сегментарних симпатичних вегетативних структур при захворюваннях хребта призводять до порушень регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції в тканинах органів, що викликає певні дистрофічні зміни і погіршує результати лікування. Для виявлення вертеброгенних чинників гастроентерологічної патології нами запропоновано використовувати програму “OPTIMAN-I”, яка дозволяє з'ясувати ступінь впливу патології хребта на ушкоджений орган. Скринінгова програма враховує зміни форми хребта, ступінь ушкодження його сегментів і сегментарні мікрогемодинамічні порушення, а далі, на цій підставі, дозволяє спланувати найбільш прийнятний для хворого, індивідуалізований курс мануальної терапії.

Висновки. Отже, накопичений власний досвід лікування та диспансеризації хворих на поширені захворювання органів травлення в міському гастроцентрі, дозволяє дійти наступних висновків:

Двохетапна схема допомоги (сімейний лікар або дільничний терапевт – міський гастроцентр) скорочує тривалість обстеження і відразу забезпечити хворого сучасною спеціалізованою діагностикою та лікуванням.

Визначення інфікованості шлунка Нр на сьогодні слід вважати обов'язковим в комплексному обстеженні переважної більшості гастроентерологічних хворих.

рН-метричні дослідження, в тому числі такі високотехнологічні методики, як добовий рН-моніторинг, можуть з успіхом використовуватись в амбулаторній практиці, сприяючи правильному вибору індивідуальної фармакотерапії, а також підвищуючи її ефективність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зайка С.В. Обґрунтування ефективних схем лікування омегапептичної виразки дванадцятипалої кишки // Ліки. – 2000. – №3-4. – С.117-119.
2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология XXI века // Рус.мед. журнал. – 2000. - Т.8, № 17. - С.697-699.
3. Чернобровий В.М., Мелашенко С.Г. Довготривала комп'ютерна внутрішньошлункова рН-метрія як метод контролю лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки нізатидином // Ліки. – 1998. – N.2. – С.84-88.

4. Чернобровий В.М., Мелашенко С.Г., Півторак Н.А., Заїка С.В., Палій І.Г., Резніченко І.Г., Степанюк Н.Г., Чернова І.В. Досвід доказової фармакоterapiї гастроуденальних захворювань з використанням комп'ютерної внутрішньошлункової рН-метрії // Гастроентерологія. Міжвідомчий збірник. Випуск 32. – Дніпропетровськ, 2001. – С.308-311.
5. Чернобровий В.М. Дисбактеріоз кишечника: актуальні питання діагностики та фармакоterapiї.- Вінниця: Континент-Прим, 2000.- 20с.
6. Чернобровий В.М. Рациональна амбулаторна фармакоterapiя захворювань органів травлення.-Вінниця: Логос, 2000.- 92с.
7. Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials // Gut. – 2001.- V.48.- P.272-282.
8. van Herwaarden M.A, Samsom M., Smout A.J. A 24-h recording of intragastric pH: technical aspects and clinical relevance // Scand.J. Gastroenterol. – 1999. – V.230,Suppl.- P.9-16.
9. Peghini PL, Katz Patient Chart, Bracy NA, Castell DO. Nocturnal recovery of gastric acid secretion with twice daily dosing of proton pump inhibitors// Am. J. Gastroenterol.- 1998. – V.93.- P.763-767.

SUMMARY

MODERN PROGRAMS OF THE MONITORING OF ALIMENTARY TRACT DISEASES IN OUTPATIENT'S PRACTICE OF A GENERAL PRACTITIONER

Chemobrov V.N., Melashchenko S.G., Paliy I.G., Pivtorak N.A., Zajika S.V., Skripka A.A., Fedzhaga I.V., Kavka S.A., Kosenko S.V., Fostakovski D.S., Chernova I.V., Morozova E.I., Bourka N.V., Kolesnik S.P.

The article is devoted to the experience of treatment widespread alimentary tract's diseases in outpatient's practice by using different methods of control gastrointestinal disorders: acid-related (hyperacidity, hypoacidity, gastroesophageal and duodenogastral reflux) and nonacid-related (contamination of microorganisms, vertebrogenic)

Key words: general practitioner, peptic ulcer, reflux disease, cholecystitis, irritable bowel disease, pancreatitis, pH-metry, stomach, *Helicobacter pylori*