

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

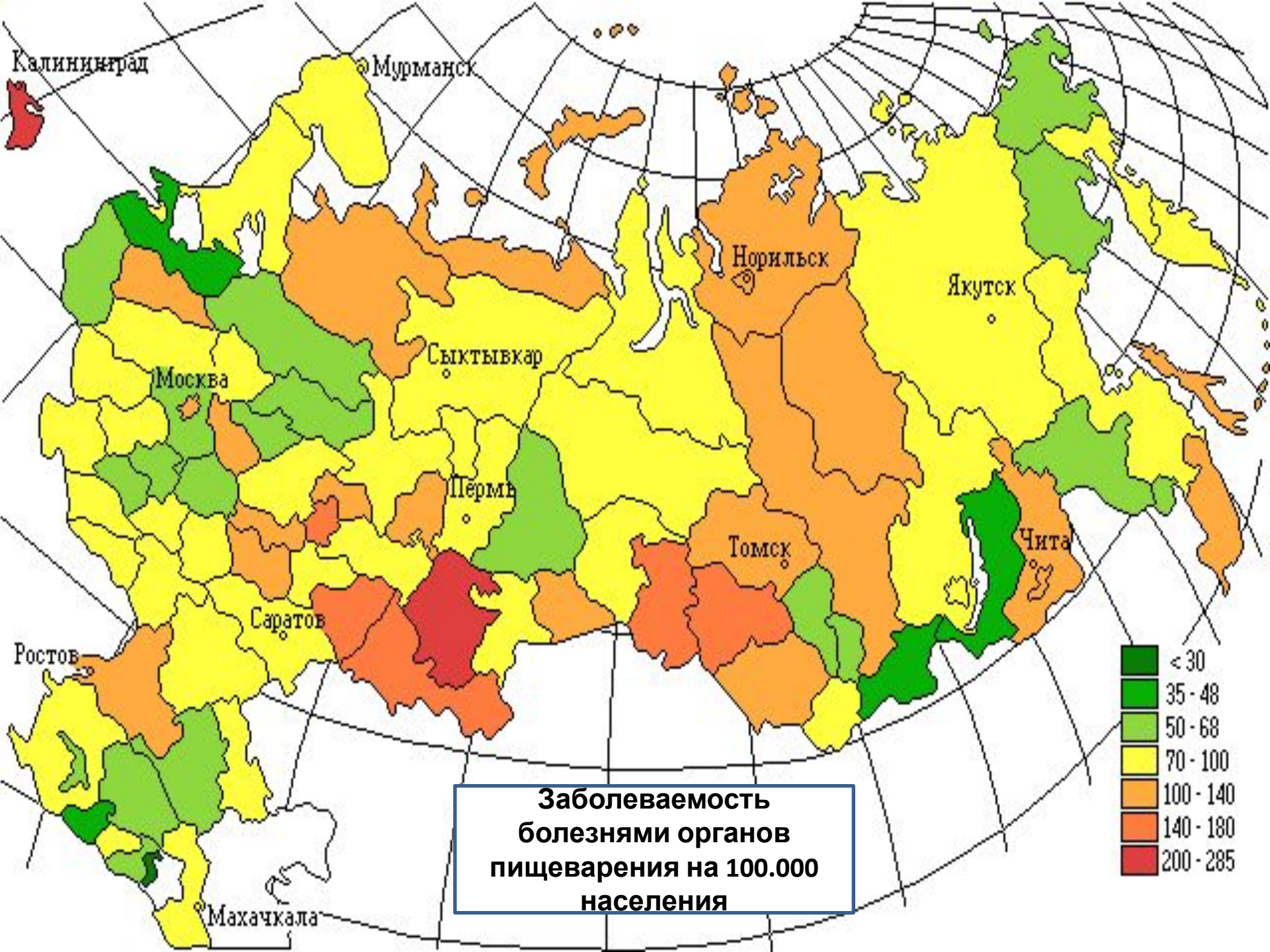
**Профессор
А.Ю.Барановский
заведующий кафедрой
гастроэнтерологии и диетологии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Немного статистики

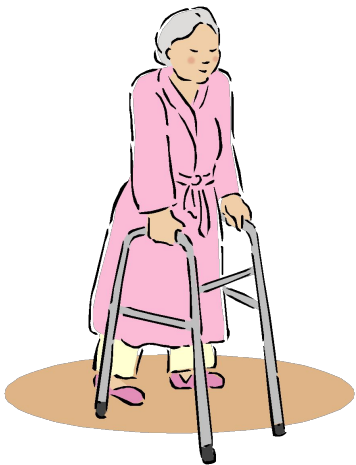
- 2013 г. - заболевания ЖКТ по статистике стали причиной смерти почти 200 тыс. жителей России (из них от злокачественных новообразований ЖКТ в России умерли более 103.000 человек)
- За последние 2 года, только болезни органов пищеварения стали причиной 4,5% случаев смерти россиян (в 55-56% случаев речь идет о поражениях печени)
- В общей структуре онкологической смертности в России колоректальный рак занимает 2-е, а рак желудка — 3-е место
- Отмечается рост смертности от злокачественных новообразований ЖКТ.

Основные причины:

- недостаточная информированность общества о необходимости своевременной диагностики и профилактики заболеваний
- позднее обращение больных за медицинской помощью
- недостаточная профессиональная подготовка врачей



**Приказ МЗСР РФ №539 от 25.08.06 г
«О мерах по совершенствованию
организации гастроэнтерологической
помощи населению Российской Федерации»**





**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздравсоцразвития России)**

П Р И К А З

25 августа 2005 г.

№ 539

Москва

**О мерах по совершенствованию организации
гастроэнтерологической помощи населению
Российской Федерации**

В целях повышения доступности и качества медицинской помощи при болезнях пищеварительной системы, оказываемой населению Российской Федерации, п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить:
 - 1.1 Положение об организации деятельности врача-гастроэнтеролога согласно приложению № 1.
 - 1.2 Порядок организации деятельности кабинета врача-гастроэнтеролога согласно приложению № 2.
 - 1.3 Порядок организации деятельности отделения гастроэнтерологии согласно приложению № 3.
 - 1.4 Примерный перечень медицинского оборудования и инвентаря, необходимых для организации деятельности кабинета врача-гастроэнтеролога, согласно приложению № 4.
 - 1.5 Примерный перечень медицинского оборудования и инвентаря, необходимых для организации деятельности отделения гастроэнтерологии, согласно приложению № 5.
2. Установить, что переходный период совершенствования организации оказания медицинской помощи при гастроэнтерологических заболеваниях (требования к подготовке и переподготовке врачей-гастроэнтерологов,

Гастроэнтеролог должен осуществлять:

(Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 августа 2005 г № 539)

Диагностику:

- сбор анамнеза и клинический осмотр больного;
- *Helicobacter pylori* (быстрый уреазный тест, дыхательный тест);
- эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта (эзофагоскопия, эзофагогастроскопия, эзофагогастродуоденоскопия);
- эндоскопическое исследование нижних отделов пищеварительного тракта (ректоскопия, ректосигмоскопия, колоноскопия);
- ультразвуковое обследование органов брюшной полости;
- проведение рН-метрии в верхних отделах пищеварительного тракта;
- пункционная биопсия печени.

Затраты на подготовку специалиста

- **гастроэнтеролога** – 4 месяца (576 час) + 1,5 мес. каждые 5 лет
- *(Приказ №337 от 08.1999 г Минздрава России)*
- **проведение эндоскопического исследования** – первичная специализация 4 месяца (576 час) + 1,5 мес. каждые 5 лет
- **УЗИ** – 3,5 месяца (504 час) + 1,5 мес. каждые 5 лет
- **Пункционной биопсии печени** - 1 месяц

Предлагаемое время для первичной консультации отводится 30 мин., повторной - 20 мин.

- Рабочий день врача - гастроэнтеролога при 2 выходных днях в неделю составляет 7 часов 30 мин.
- Количество консультаций за рабочий день по существующим нормативам составляет 17-18 больных (при 50%-первичных и 50% - повторных больных).
- Учитывая высокую гастроэнтерологическую заболеваемость, ежедневно врач-гастроэнтеролог принимает не менее 20-25 пациентов на ставку, что также не удовлетворяет потребность населения в специалистах.

**На основании приказа Минздравмедпрома России №222 от
31.05.96 г,
(Приложение 7):**

- а) для проведения верхней эндоскопии (эзофагогастродуоденоскопия) необходимо 55 мин.
- б) нижней эндоскопии (колоноскопия) -100 мин.

Уровень профессиональной подготовки российских врачей в области гастроэнтерологии

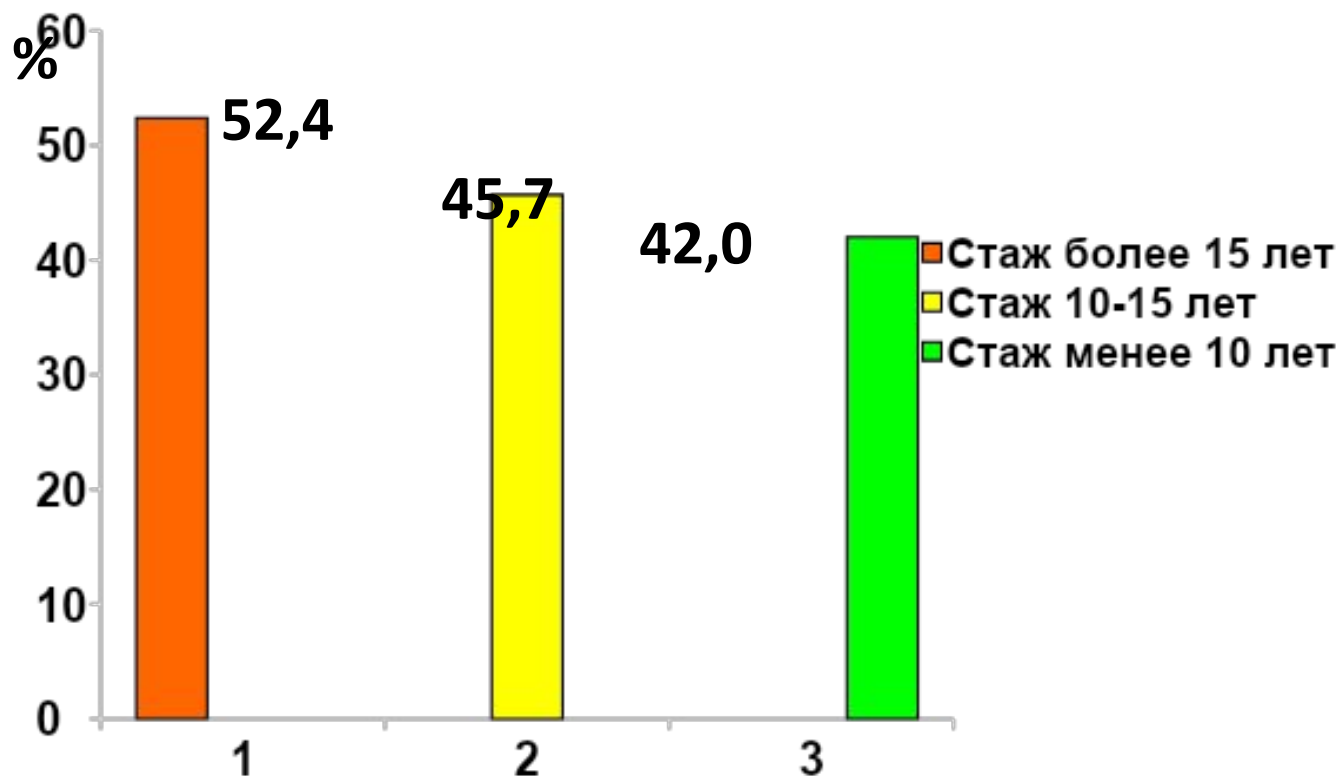


**Материалы исследования
кафедры гастроэнтерологии и диетологии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова:**

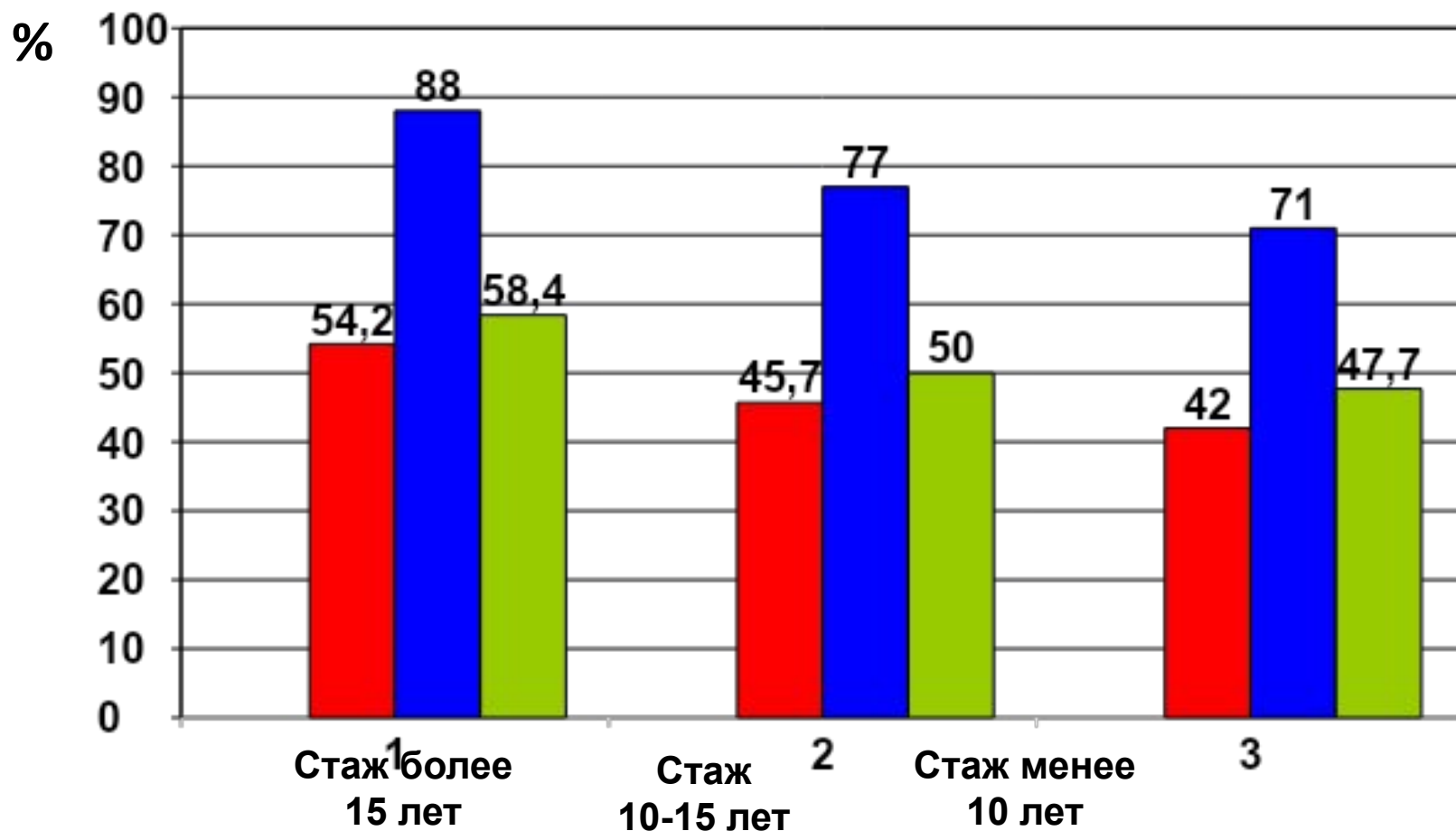
**анализ клинической состоятельности
864 врачей**

Среднее число правильных ответов на основании базового тестового компьютерного контроля знаний врачей, впервые зачисленных на циклы составил:

- **у гастроэнтерологов со стажем 15 лет и более – 52,4%,**
- **со стажем от 10 до 15 лет – 45,7%,**
- **со стажем менее 10 лет – 42%.**



Среднее число правильных ответов на основании экзаменационного тестового компьютерного контроля знаний, как правило, превосходит базовый уровень в среднем на 25-30%.



Базовый контроль

Итоговый контроль

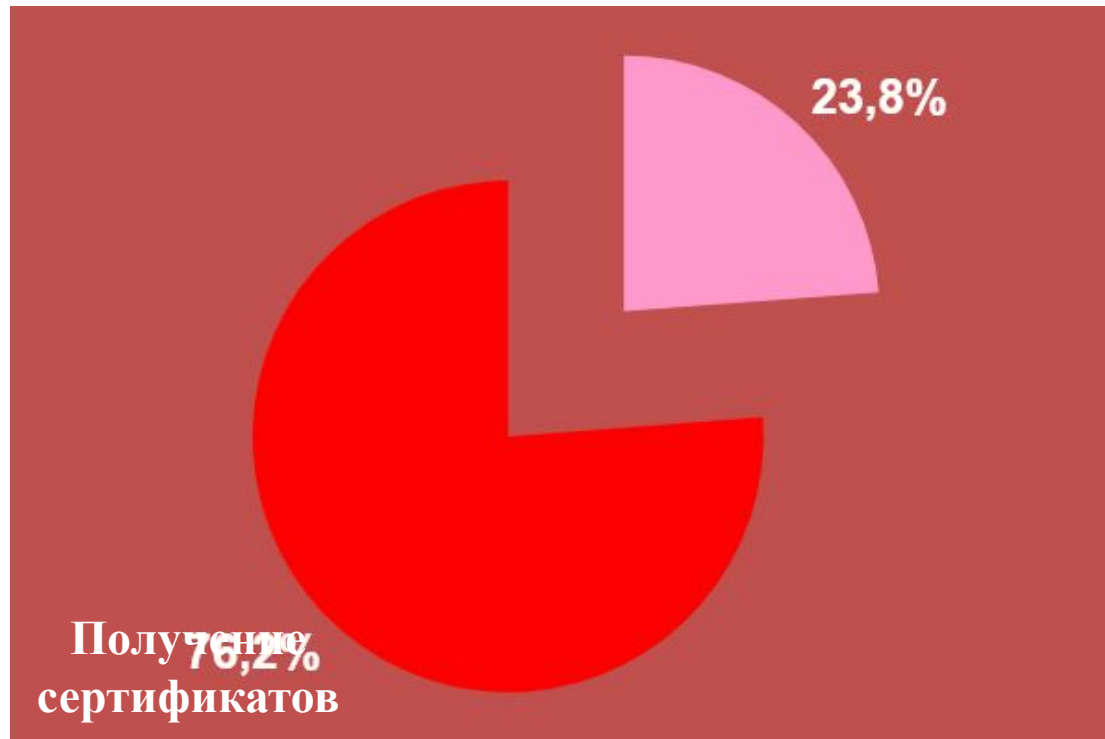
**Базовый контроль
следующего цикла**

- **Повторное базовое тестирование врачей через 3-5 лет после окончания учебных циклов показывает лишь некоторое увеличение уровня знаний, не превышающее 8-12% от предыдущих показателей.**

Предварительный вывод:

поступление дополнительной учебной и научной информации между учебными циклами явно недостаточен для сохранения знаний, полученных во время обучения на кафедре.

Цели обучения



76,2% (658 врачей) проходили обучение с одной целью – получение (или подтверждение) сертификата по специальности «гастроэнтерология»



Мотивация врачей на обучение

Только 357 человек (т.е. 41,3%) из всех обучавшихся врачей-гастроэнтерологов имели возможность и желание систематического обучения по специальности «гастроэнтерология», т.е. на словах готовы были бы постоянно повышать свой профессиональный уровень.



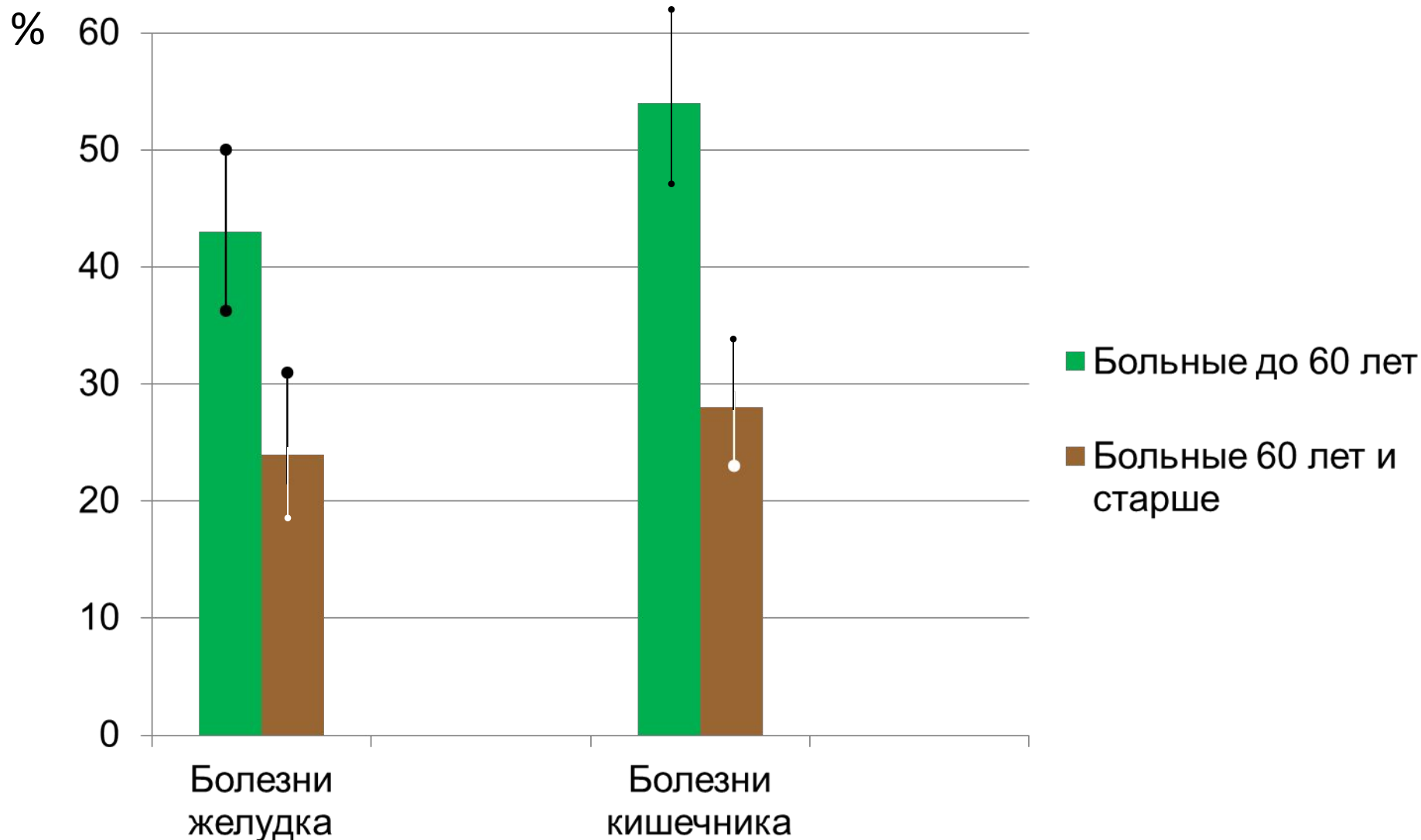
- **15% (129 врачей-гастроэнтерологов)** работали в ЛПУ на протяжении от 1,5 до 26 лет, не имея ни сертификата по специальности «гастроэнтерология», ни одного усовершенствования
- **3% (26 врачей-гастроэнтерологов)** из этого количества работали заведующими гастроэнтерологическими отделениями больниц, санаториев или районных консультативно-диагностических центров
- **33,8% врачей**, преимущественно терапевты, проходили последипломное обучение только в системе прерывистого вечернего обучения или являлись слушателями выездных дополнительных циклов

- Только 7% врачей, обучавшихся на кафедре гастроэнтерологии и диетологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова систематически читают специальные медицинские журналы.
- 213 из 864 опрошенных врачей, т.е. 24, 6%, не могли назвать ни одного профильного гастроэнтерологического журнала, издающегося в России.
- Почти 50% из впервые обучавшихся врачей за последние 5 лет кроме случайной учебной литературы не ознакомились с содержанием ни одной монографии или руководства по гастроэнтерологии.
- 22,5% врачей, неоднократно проходивших обучение, в своей практической деятельности пользуются исключительно лекционным материалом.

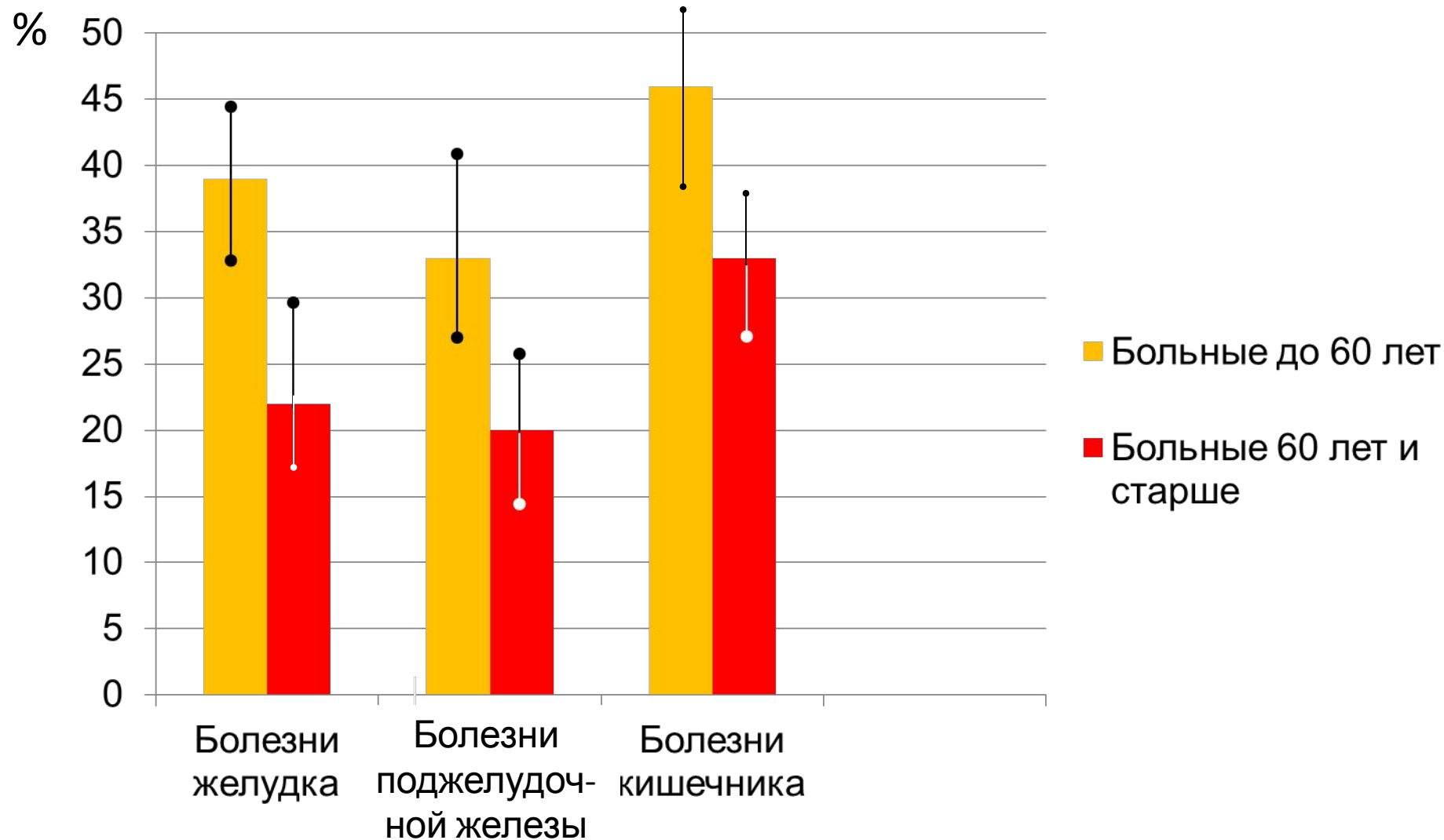
- Наиболее слабые знания врачи-терапевты по разделу «гастроэнтерология» имеют в вопросах диагностики и лечения заболеваний печени, поджелудочной железы, кишечника.
- Недостаточен уровень подготовки врачей в области выявления и лечения аутоиммунных заболеваний органов пищеварения, билиарной патологии, воспалительных заболеваний кишечника, а также предопухолевых и предраковых заболеваний в гастроэнтерологии.
- Низкая степень подготовленности терапевтов по смежным проблемам гастроэнтерологии: психосоматической патологии, иммунологии, клинической микологии, инфекционных болезней и др.
- Неудовлетворительно оцениваются знания, необходимые терапевту для работы в области реабилитации и диспансеризации пациентов с заболеваниями органов пищеварения.

- **Уровень знаний терапевтов стационаров, санаториев, амбулаторно-поликлинической сети, врачей общей практики в области гастроэнтерологии (по данным компьютерного тестирования) снижен в среднем на 25-30% по сравнению со знаниями врачей-гастроэнтерологов.**
- **Максимально неудовлетворительные показатели демонстрируют участковые терапевты, возрастные особенности которых приближаются или перешагнули пенсионный рубеж. Нередко участковые и сельские врачи не имеют даже представления об этиологической роли **пилорического геликобактера** в генезе гастродуоденальной патологии, не говоря о современных схемах противоязвенной терапии.**

ПОЛНОТА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В СПБ (выполнение диагностических стандартов)

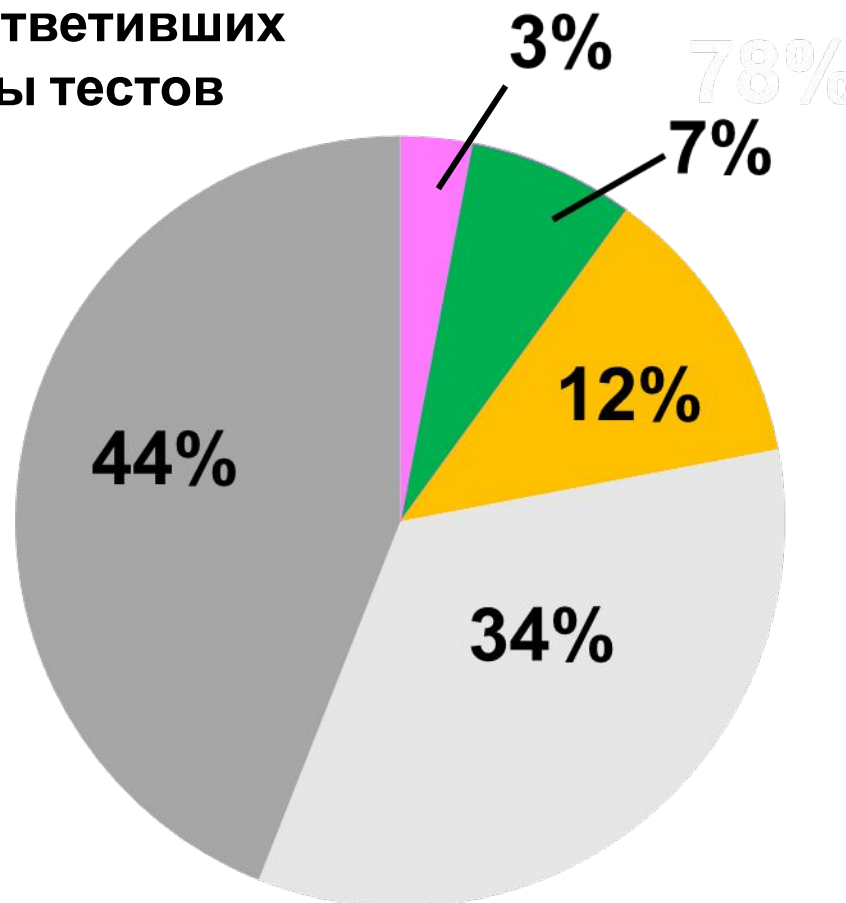


ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОГРАММ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ



ЗНАНИЕ ТЕРАПЕВТАМИ СПб ОСНОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

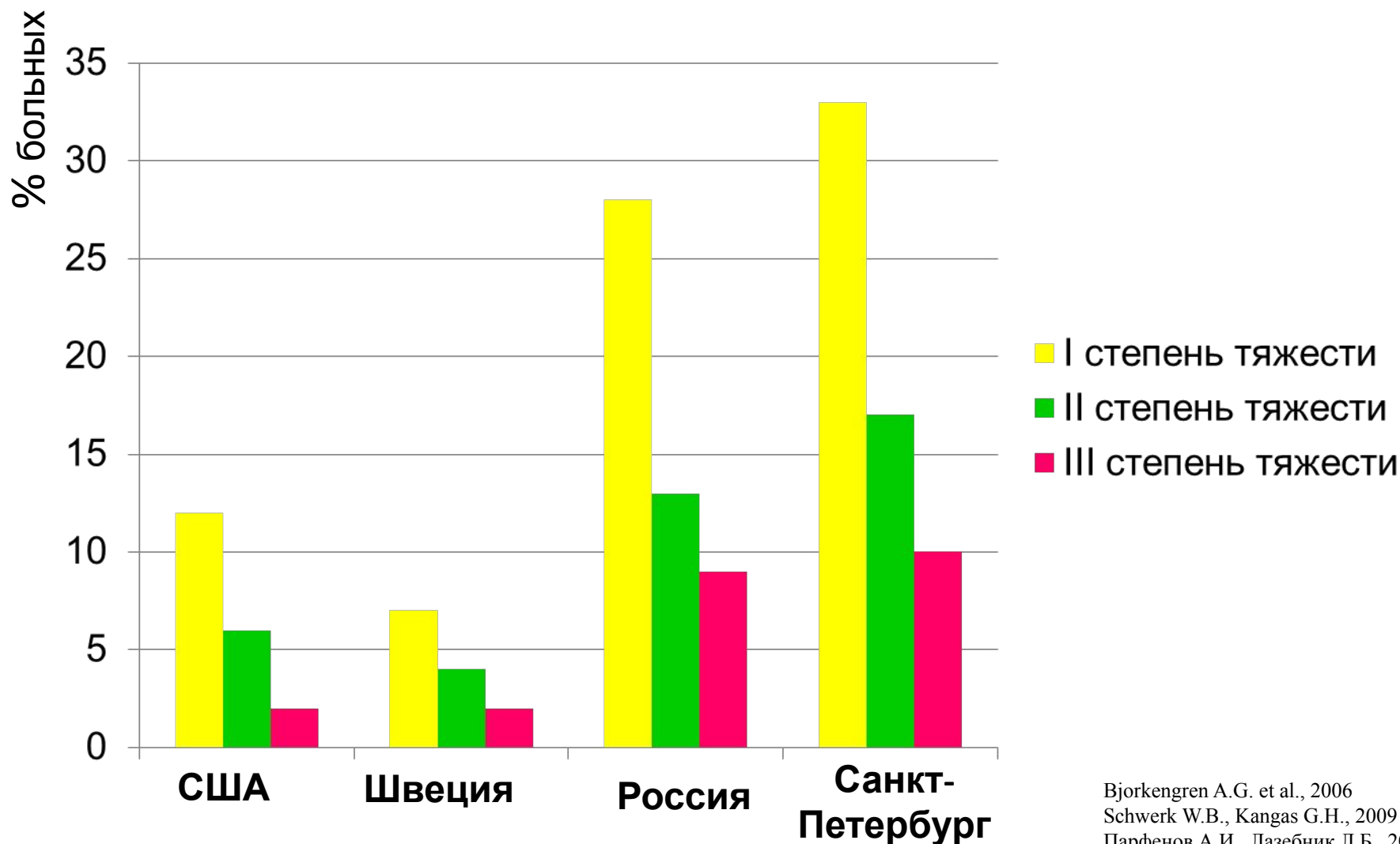
Число врачей,
правильно ответивших
на вопросы тестов



Число
правильных
ответов в тестах:

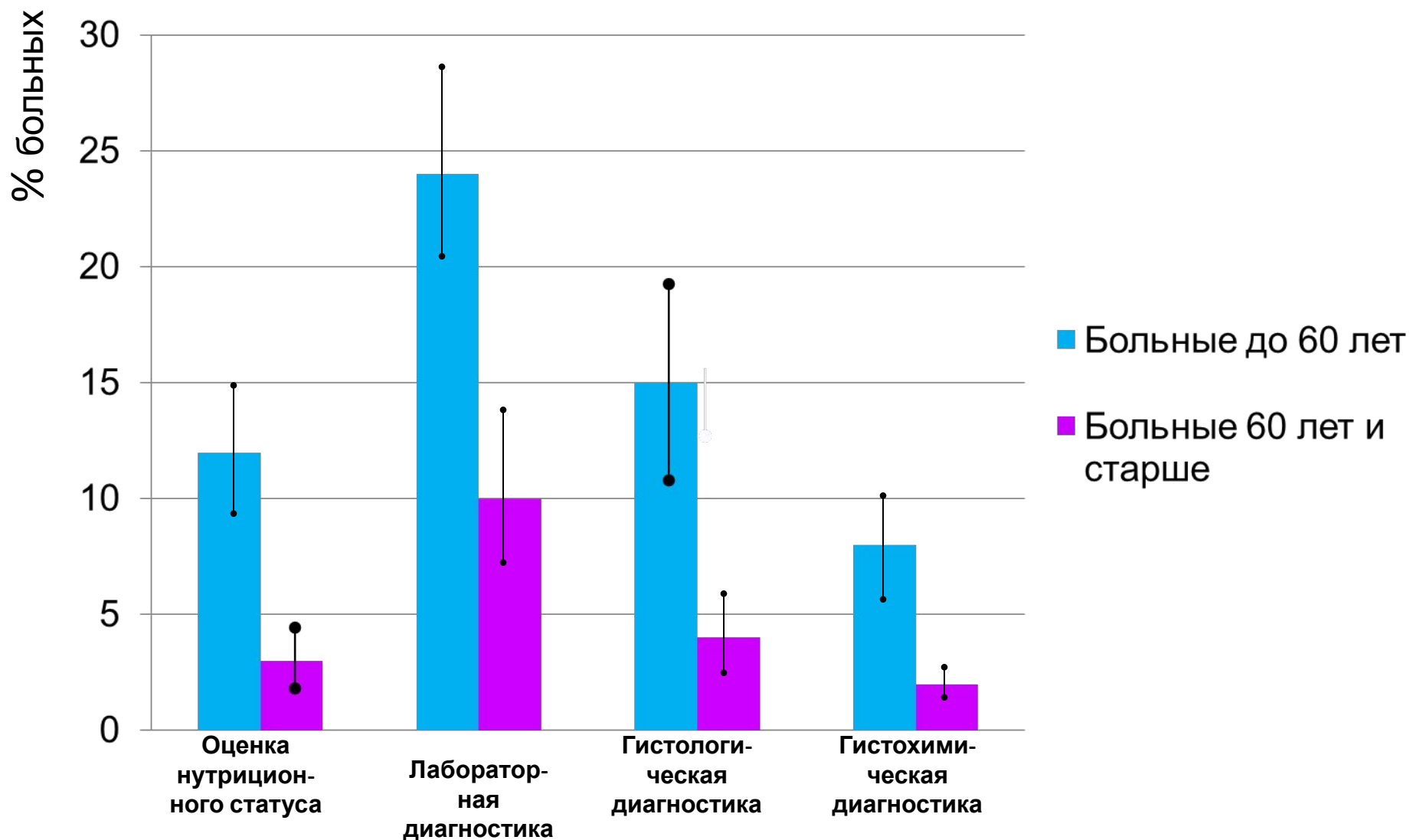
- 59-70%
- 49-60%
- 39-40%
- 29-30%
- Менее 30%

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



Bjorkengren A.G. et al., 2006
Schwerk W.B., Kangas G.H., 2009
Парфенов А.И., Лазебник Л.Б., 2006;
Фролькис А.В., 1997

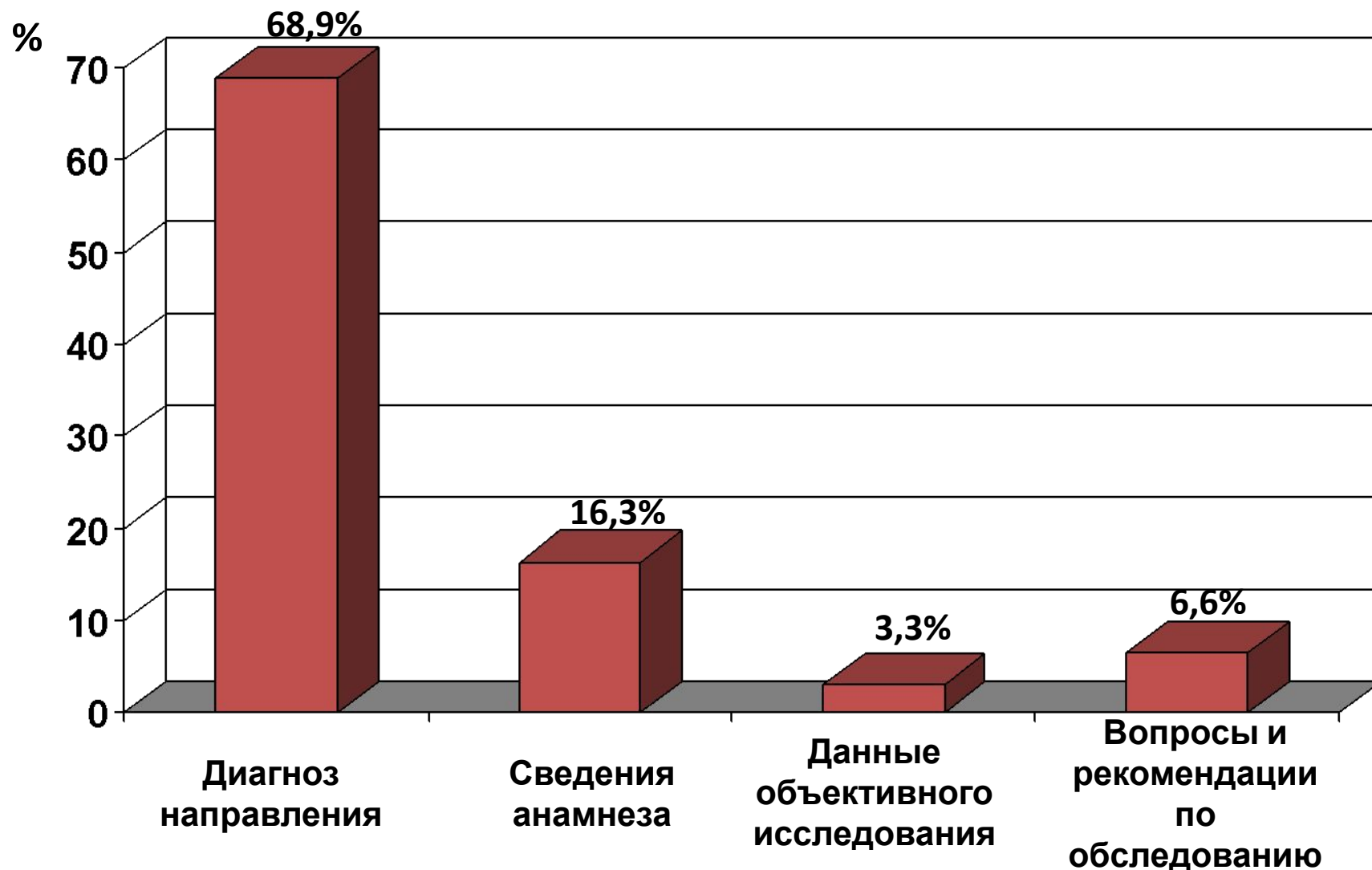
ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ



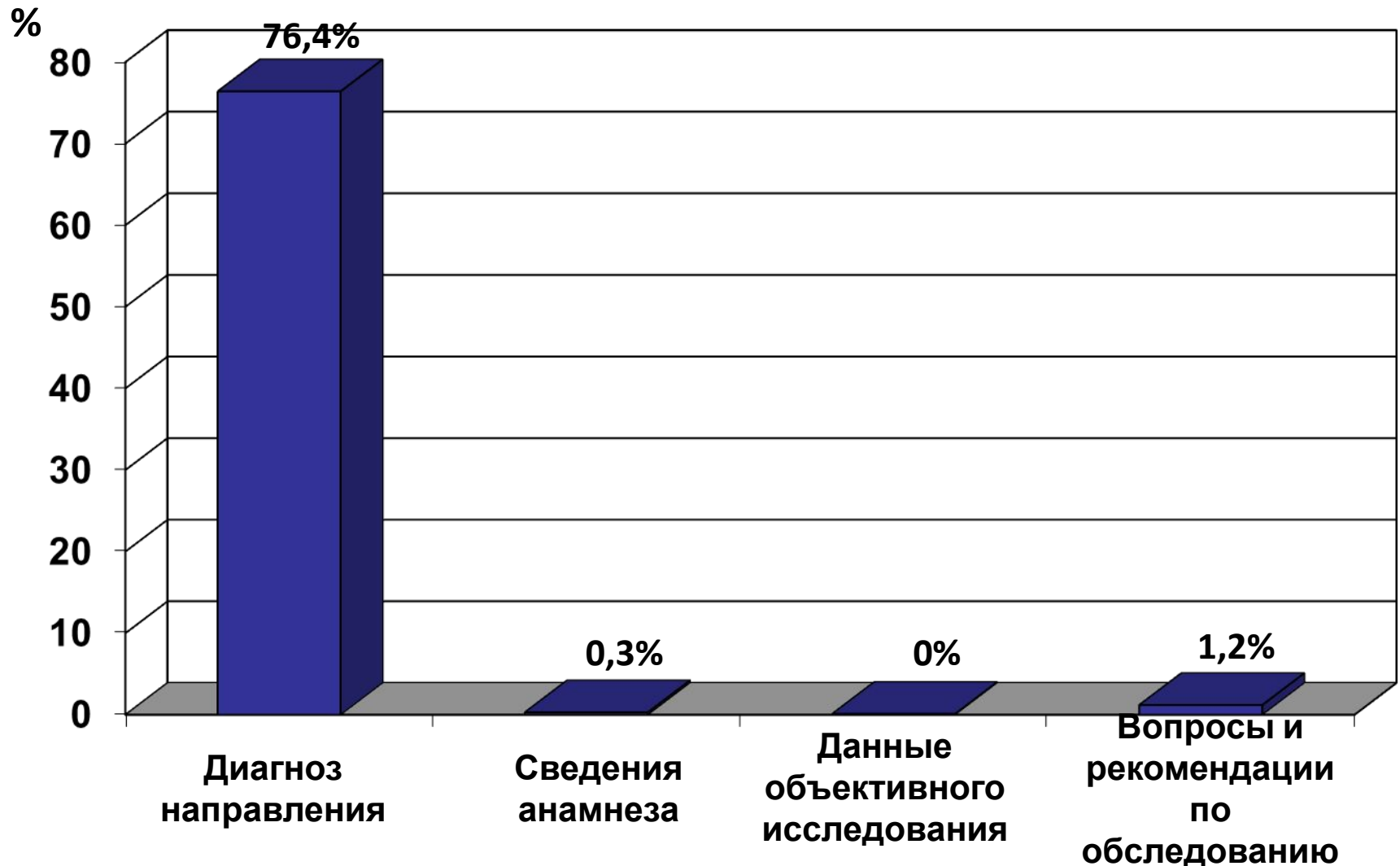
**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
КООПЕРАЦИЯ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
И СПЕЦИАЛИСТОВ
СМЕЖНЫХ
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ**



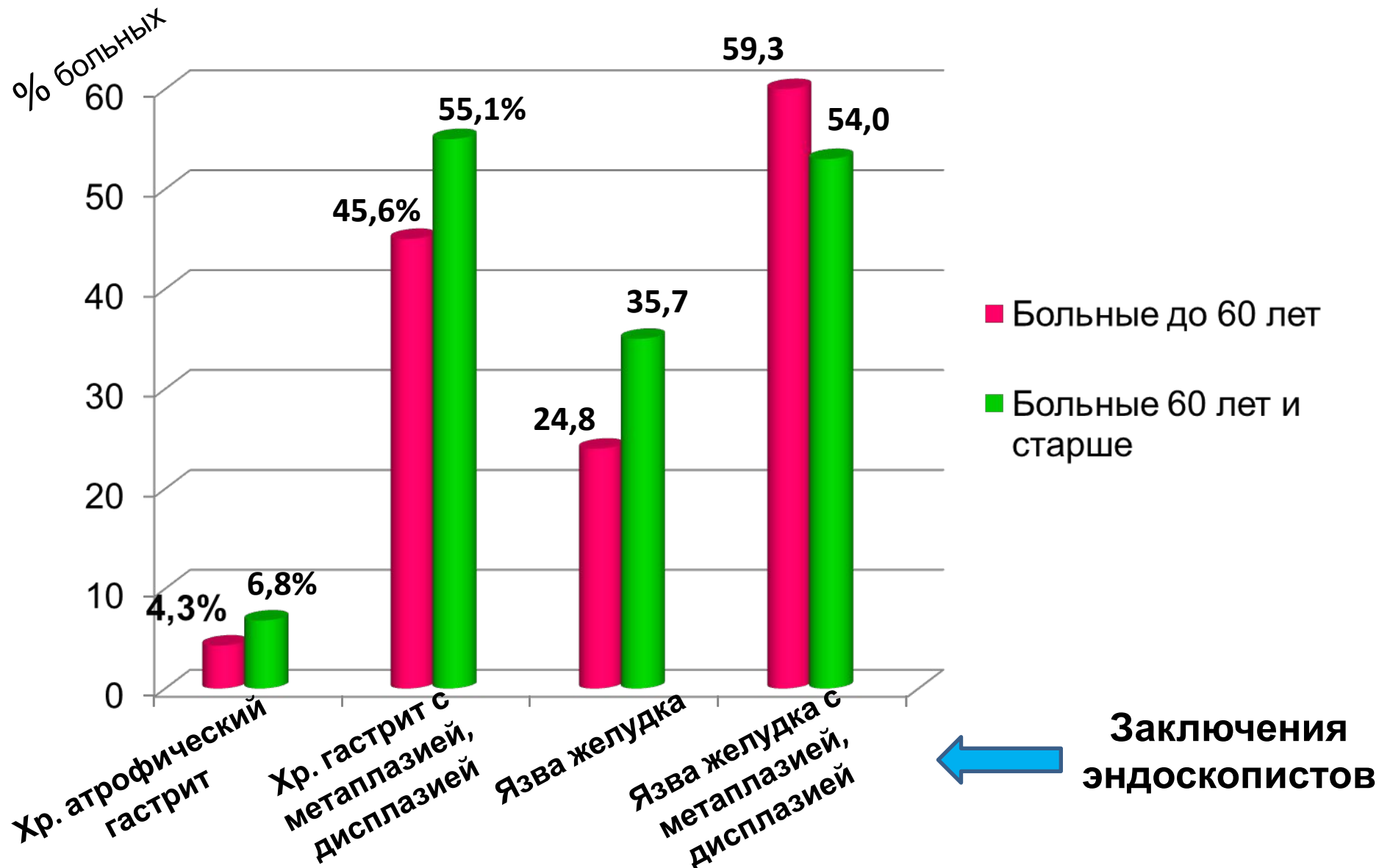
Полнота и достаточность клинической информации в направлении на эндоскопическое исследование



Полнота и достаточность клинической информации в направлении на гистологическое исследование



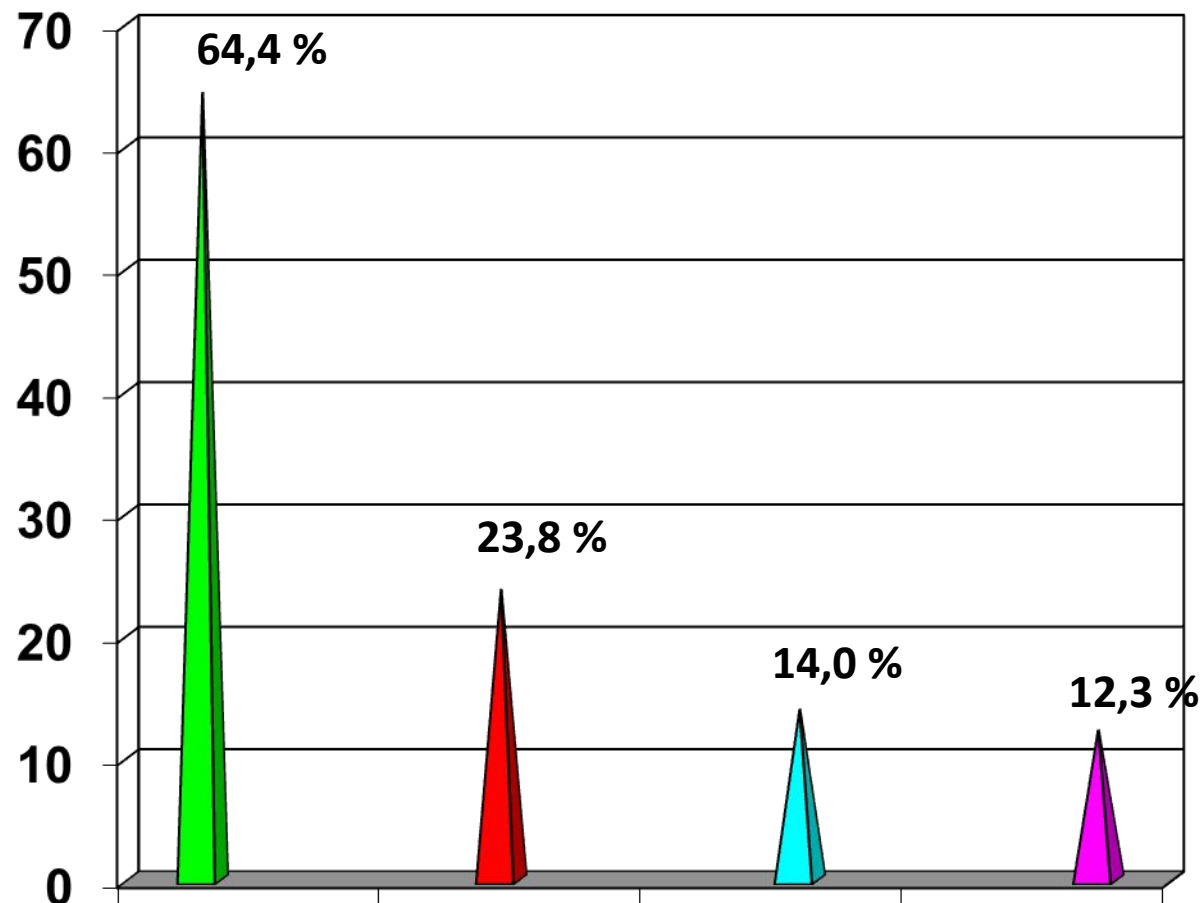
ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ БИОПСИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ЭНДОСКОПИСТАМИ В СПб (538 БОЛЬНЫХ)



Частота проведения биопсии слизистой оболочки толстой кишки эндоскопистами

(236 больных)

%
больных



Диагноз направления:

■ Язвенный колит

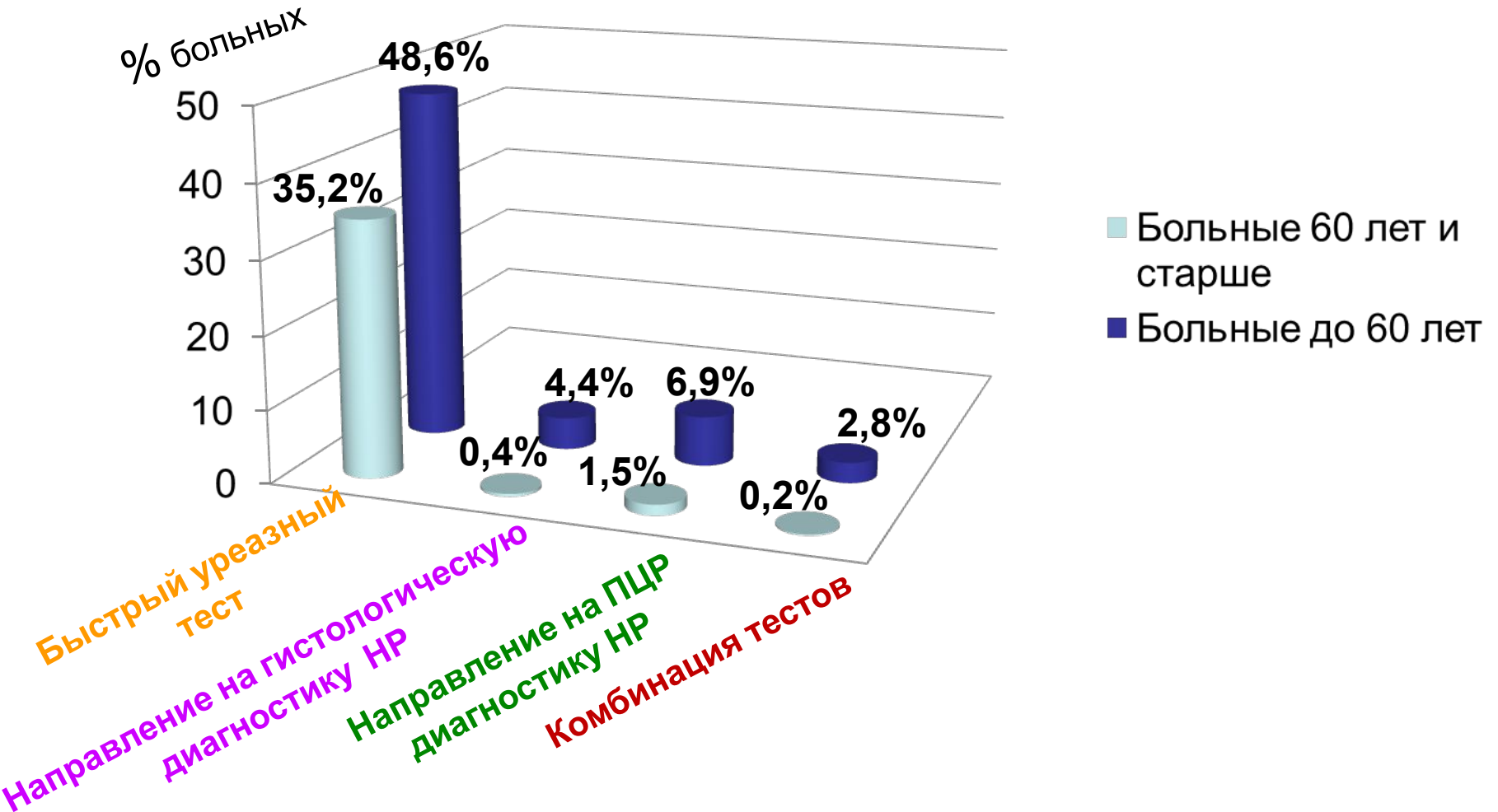
■ Синдр. раздраж. киш-ка

■ Постинфекционный колит

■ Другие формы колита (паразитарный, аллергический, ишемический,...)

ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТОВ НА ПИЛОРИЧЕСКИЙ ХЕЛИКОБАКТЕР ЭНДСКОПИСТАМИ В СПБ

(240 больных ЯБ и хр. гастритом)



Диагностическая значимость методов выявления НР у больных кислотозависимыми заболеваниями

Диагностические методы*	Количество обследованных больных	Чувствительность, %	Специфичность, %
Быстрый уреазный тест	236	73,4	68,8
Гистологический	119	95,8	84,8
ПЦР (выявление ДНК НР в СОЖ)	108	96,0	88,5
Бактериологический	87	86,0	80,2
ПЦР (выявление ДНК НР в кале)	185	93,4	82,1

*— выделено голубым цветом: выполнение зависит от врача-эндоскописта

Поэтому:

**лечебные рекомендации эндоскопистов больным
с несложными вариантами заболеваний до
консультации гастроэнтеролога оправданы и с
благодарностью принимаются**

при условии: достаточного профессионализма

Лечебные рекомендации, сделанные эндоскопистами (% правильных назначений)

Заболевания	Лечебная программа		
	Антисекретор- ные средства	Эрадикацион- ная терапия	Симптомати- ческая терапия
Рефлюкс- эзофагит (степень A-D)	68%	0%	0%
Хронический гастрит (НР-ассоц. и др.)	52%	0,5%	6%
Язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки	74%	1,8%	12,5%

Проблемы взаимоотношений гастроэнтеролога, эндоскописта и патоморфолога

- Недостаточность базисных знаний у гастроэнтеролога о топографии желудка и структуре слизистой оболочки. Но именно гастроэнтеролог (лечащий врач) должен поставить задачу для предстоящего гистологического исследования.
- Эндоскопист обязан, как минимум, взять биоптаты из зоны язв и эрозий не менее 5-6, в том числе при наличии видимых изменений слизистой оболочки - из разных топографических зон желудка.
- В большинстве своём гистологический анализ патоморфологом осуществляется «вслепую». Время врачей ограничено!
- Отсутствие единых представлений о морфологической «семиотике» патологических изменений слизистой оболочки желудка.
- Отсутствие единого протокола анализа гистологических препаратов.
- Качество гистологической техники и возможности лабораторий ограничены.
- Правовые вопросы. Страховая медицина? Юридическая незащищённость врачей-специалистов!

ВЗАИМОБОГАЩАЮЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

	<u>Гастроэнтерологи</u> (в т.ч. клинические ординаторы)	<u>Эндоскописты</u> (в т.ч. клинические ординаторы)
Обучение на кафедре гастроэнтерологии (2003-2013 гг.)		62 врача
Обучение на кафедре эндоскопии СЗГМУ им. И.И.Мечникова (2003-2013 гг.)	43 врача	
Обучение на кафедре патанатомии СЗГМУ им. И.И.Мечникова (2003-2013 гг.)	8 врачей	0

Патоморфологическое осмысление тканевых процессов – путь к адекватной терапии

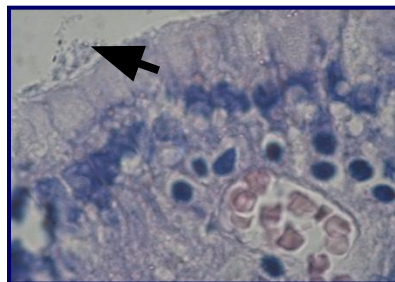
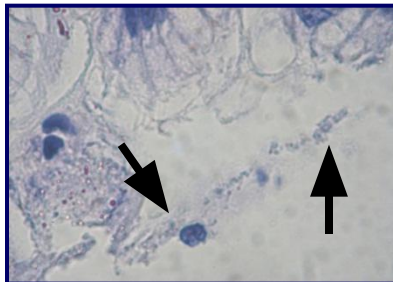
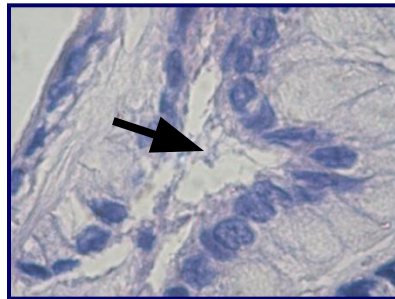
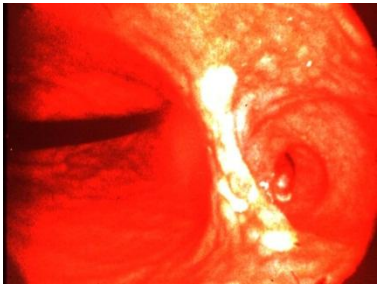


Патогенетическая (по требованию) терапия при поражениях желудка (1)

Патогенетические механизмы

Выбор средств симптоматической терапии

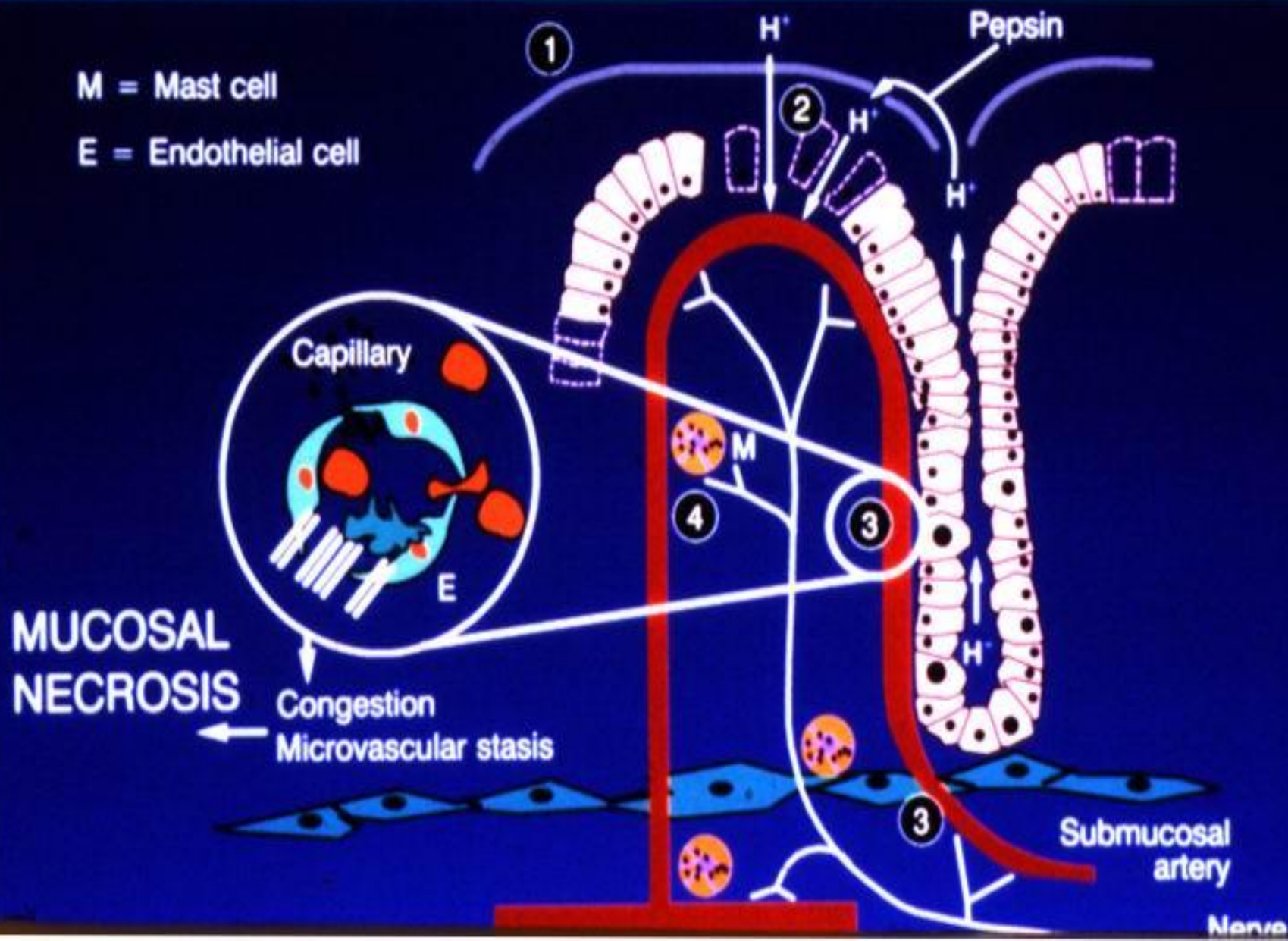
Хеликобактериоз



Колонии хеликобактера
(гематоксилин-эозин,
ув. x1000)

Эрадикационная терапия
(антисекреторные средства, антибиотики,
висмут содержащие препараты, др.)

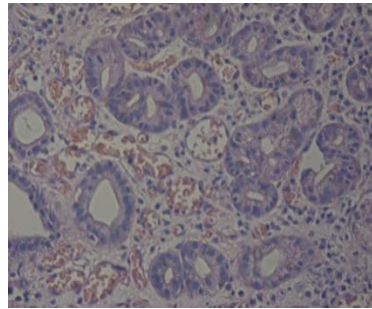
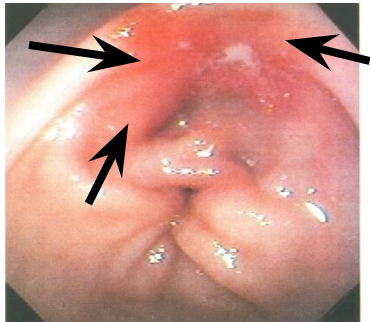
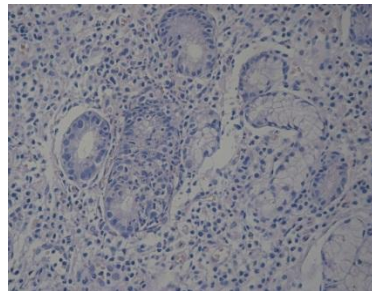
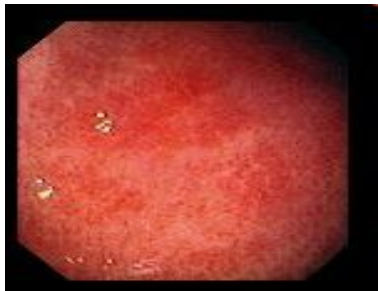
Морфологические свидетели повреждения СОЖ



Патогенетическая (по требованию) терапия при поражениях желудка (2)

Патогенетические механизмы

Гиперэргическое воспаление гастродуоденальной слизистой оболочки



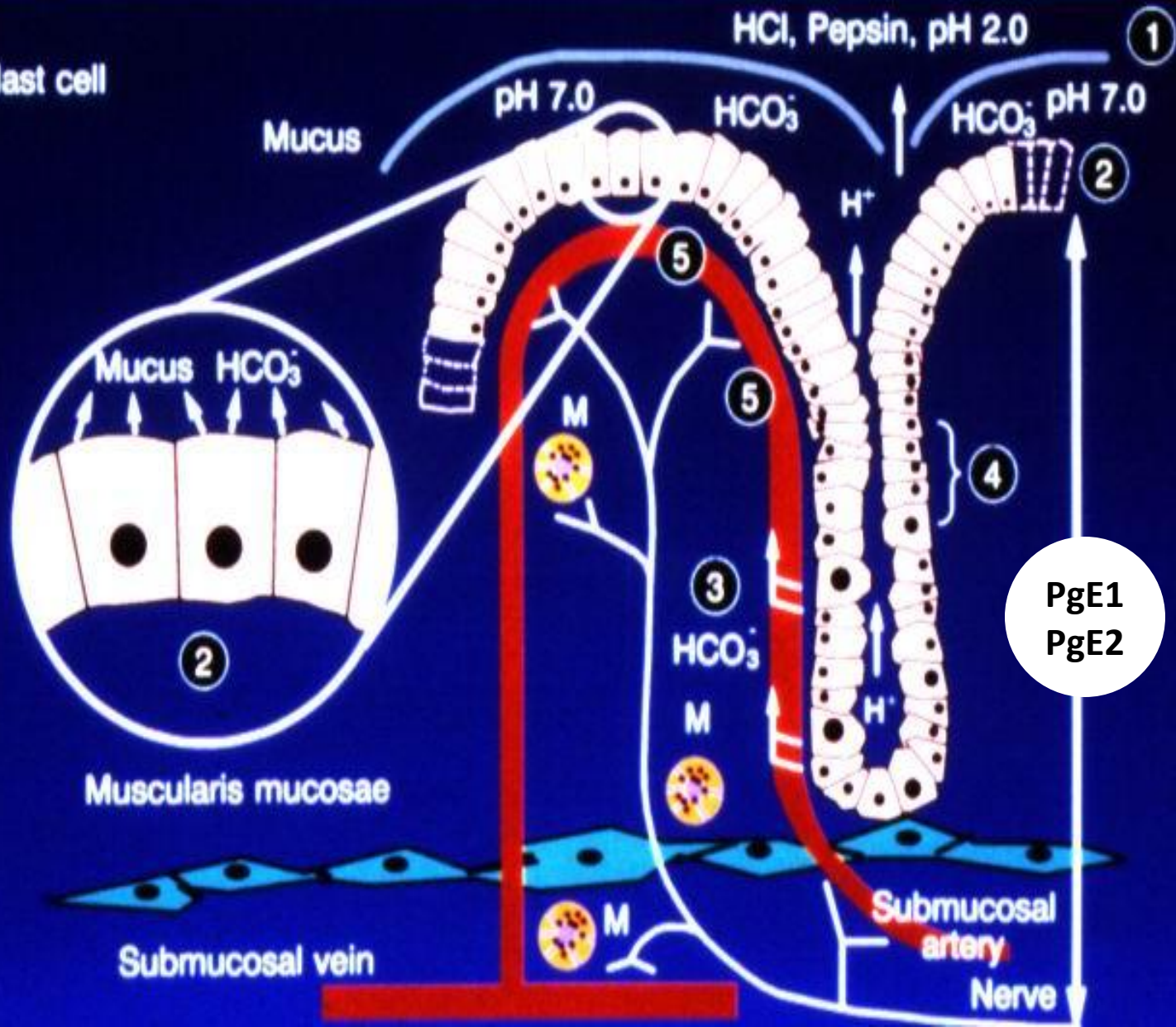
Хр. гастрит
с высокой степенью
инфильтрации гранулоцитами
(гематоксилин-эозин, ув. x100)

Выбор средств симптоматической терапии

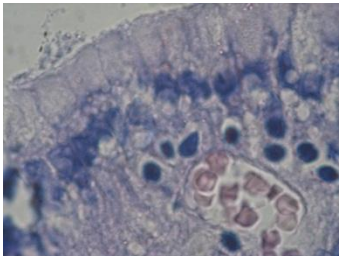
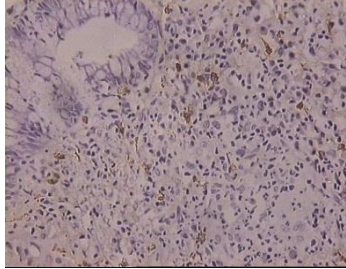
Препараты висмута, сукральфат, дуогастрон, келлин (викалин), гипоксен и др.

Mucosal defense

M = Mast cell



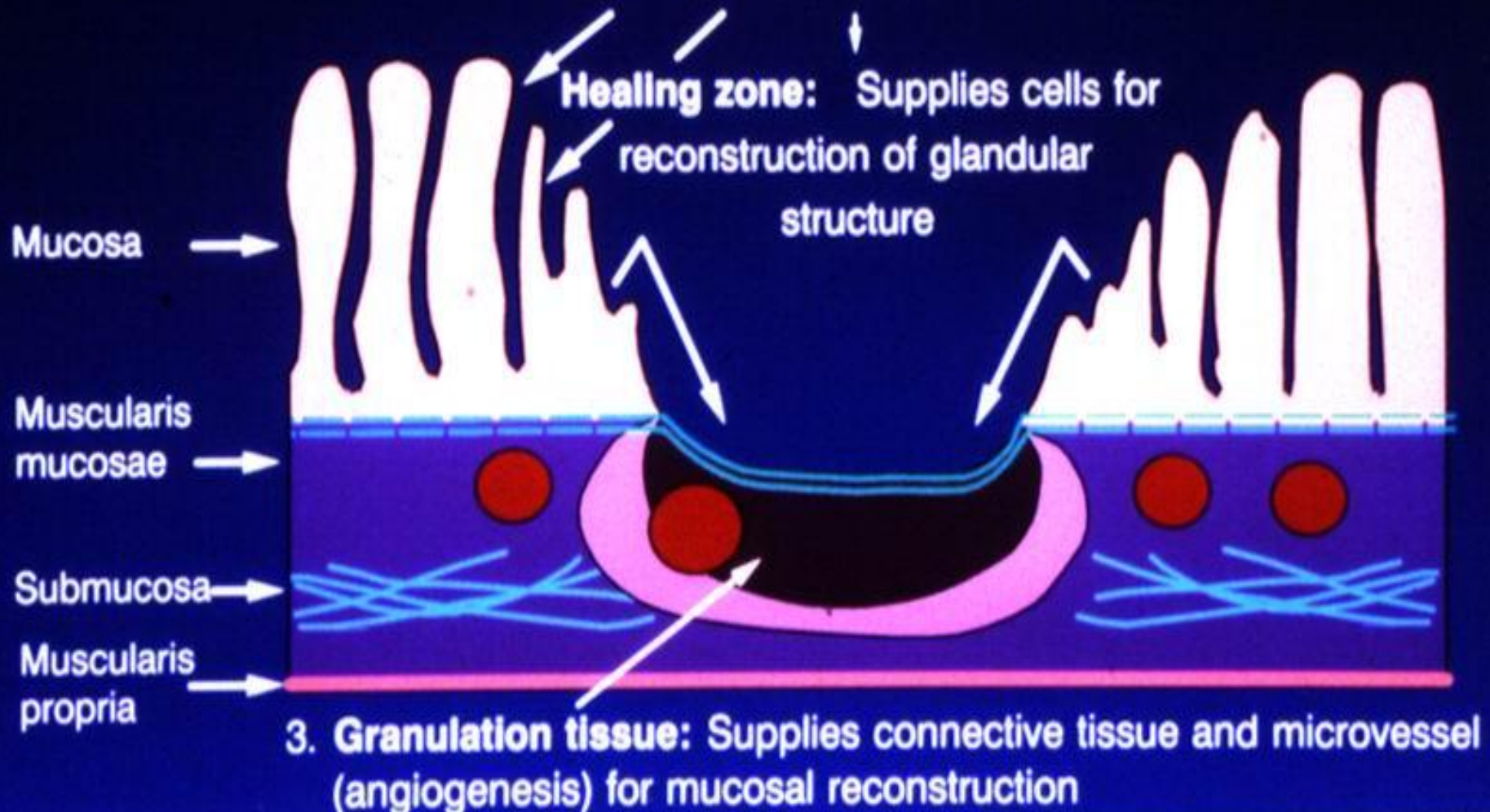
Патогенетическая (по требованию) терапия при поражениях желудка (4)

Патогенетические механизмы	Выбор средств симптоматической терапии
Нарушения слизеобразования  Низкое содержание нейтральных мукополисахаридов в поверхностно-ямочном эпителии (формалин, ШИК-реакция, ув. 250)	Простагландины, дуогастрон, ликвиритон, репаранты, сукральфат, десмол и др.
Угнетение трофики, резистентности гастродуоденальной слизистой оболочки  Низкое содержание в СОЖ тучных клеток (ув. x200)	Фосфаден, АТФ, белковые препараты, этимизол, L-ДОФА, анаболические стероиды, солкосерил и др.

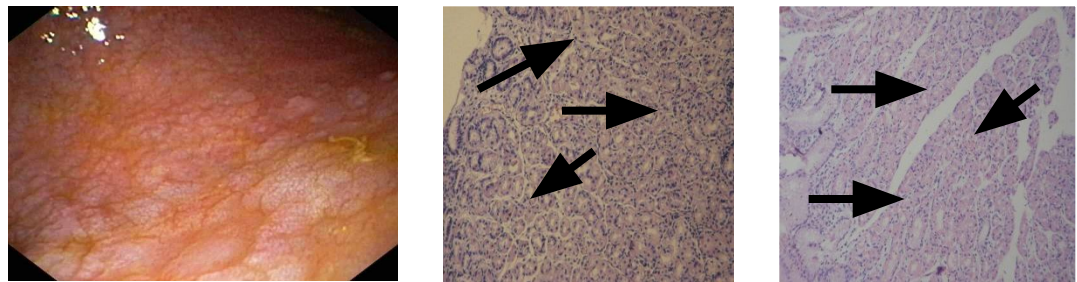
Ulcer healing

1. **Luminal factors:** $\downarrow$ H^+ , $\downarrow$ pepsin, $\downarrow$ mucus/bicarbonate

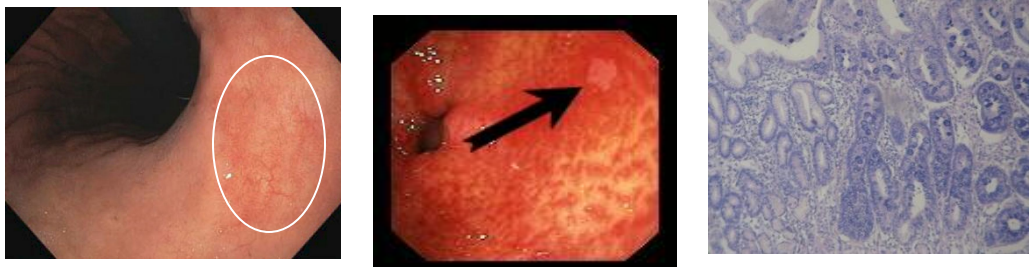
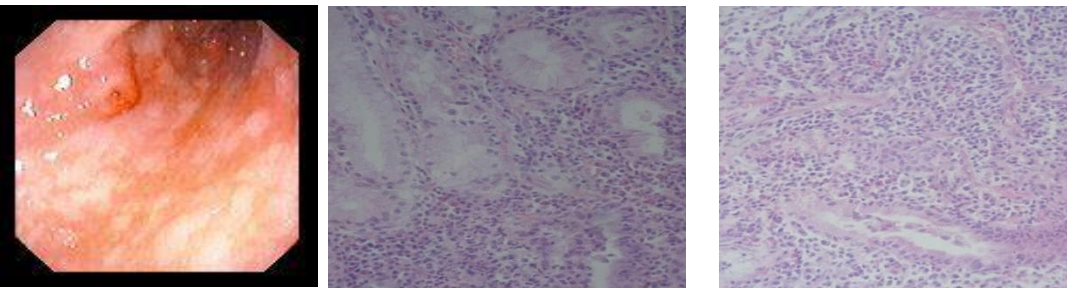
2. **Growth factors** (EGF, TGF α)



Патогенетическая (по требованию) терапия при поражениях желудка (5)

Патогенетические механизмы	Выбор средств симптоматической терапии
Гиперрегенераторные нарушения  Гиперплазия париетальных клеток (гематоксилин-эозин, ув. x100)	Метилурацил, пентоксил, гипоксен, анаболические стероиды, оротат калия, фосфаден, АТФ, солкосерил и др.

Патогенетическая (по требованию) терапия при поражениях желудка (6)

Патогенетические механизмы	Выбор средств симптоматической терапии
Диспластические процессы в СО желудка и двенадцатиперстной кишки 	Метилурацил, пентоксил, гипоксен, анаболические стероиды, оротат калия, фосфаден, АТФ, солкосерил и др.
Аллергизация СО желудка и двенадцатиперстной кишки  Инфильтрация эозинофильными лейкоцитами периульцерозной зоны СОЖ (гематоксилин-эозин, ув. x200)	Антигистаминные препараты, иммуномодуляторы, цитаминны

**Наиболее частые варианты заключений патанатомов
(не имеющие диагностического значения)
при исследовании гастробиоптатов**

- Хронический поверхностный гастрит
- Хронический глубокий гастрит
- Дистрофия желудочного эпителия
- Картина гастрита с признаками метаплазии
- Хронический атрофический гастрит

ФИО больного: ДМ 5040

Возраст: 61 года

Учреждение направившее материал:

Лечащий врач:

Предварительный клинический диагноз: гастрит

Вид биоматериала: биоптаты слизистой антрального отдела желудка

Макроскопическое описание: в присланном материале фрагменты ткани серовато-белесоватого цвета, плотновато-эластичной консистенции.

Микроскопическое заключение: в присланном материале хорошо, адекватно взятые биоптаты слизистой из антрального отдела желудка с признаками хронического гастрита, с умеренной мононуклеарной клеточной инфильтрацией, очаговой тенденцией к формированию фолликулоподобных структур, умеренной примесью нейтрофильных гранулоцитов, умеренными регенераторными изменениями эпителия желез, в сочетании с очаговой гиперплазией фовеолярного эпителия, очаговой неполной – толстокишечной метаплазией эпителия желез, очаговым фиброзом, отеком, неравномерно выраженным полнокровием стромального компонента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: хронический гастрит, с умеренной степенью активности воспалительного процесса.

ФИО больного: ДМ 5040

Возраст: 61 года

Учреждение направившее материал:

Лечащий врач:

Предварительный клинический диагноз: гастрит

Вид биоматериала: биоптаты слизистой тела желудка

Макроскопическое описание: в присланном материале фрагменты ткани серовато-белесоватого цвета, плотновато-эластичной консистенции.

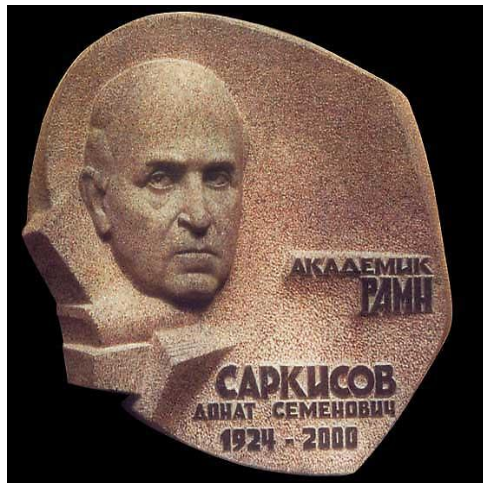
Микроскопическое заключение: в присланном материале хорошо, адекватно взятые биоптаты слизистой тела желудка с признаками хронического гастрита, с умеренной мононуклеарной клеточной инфильтрацией, неравномерно выраженной примесью нейтрофильных гранулоцитов, умеренными регенераторными изменениями эпителия желез, в сочетании с очаговой гиперплазией фовеолярного эпителия, очаговой пилоризацией и клублением эпителия желез, очаговым фиброзом, отеком, неравномерно выраженным полнокровием стромального компонента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: хронический гастрит, с неравномерно выраженной степенью активности воспалительного процесса.

01.10.2012 г.

Примерный протокол гистологического исследования

Выраженность признака	Фундальная слизистая оболочка	Антральная слизистая оболочка
1. Дистрофия 2. Атрофия желез (есть, нет, умеренная, выраженная) 3. Фовеолярная гиперплазия 4. Кишечная метаплазия (полная, неполная, умеренная, выраженная) 5. Нейтрофильная инфильтрация 6. Лимфоплазмочитарная инфильтрация 7. Лимфоидные фолликулы 8. Эозинофильная инфильтрация 9. Отек, нарушения микроциркуляции 10. Крипт-абсцессы, лейкопедез 11 <i>Helicobacter pylori</i> 12. Фиброзные изменения 13. Дисплазия <u>Заключение:</u> (в соответствии с модифицированной Сиднейской системой)		



Академик Д.С. Саркисов:

**Каждый врач, берущийся
диагностировать и лечить ту или
иную болезнь, должен хорошо знать
нормальную и патологическую
морфологию пораженного органа!**

Клиническая значимость системы прогноза язвенного колита: комплекс/без гистологии (контрольная выборка – 128 больных)

Прогноз характера течения и осложнений язвенного колита	Чувствительность прогноза	Специфичность прогноза
Благоприятное течение	87,2%/53,4%	80,1%/62,1%
Часто рецидивирующее течение	91,2%/66,7%	85,8%/51,9%
Непрерывное течение	88,3%/42,5%	79,7%/50,1%
Кишечное кровотечение	74,4%/34,6%	66,5%/31,8%
Перфорация кишечника	78,9%/51,8%	74,0%/48,0%
Токсическая дилатация кишечника	76,1%/54,7%	69,3%/47,8%

Проблема функциональных заболеваний органов пищеварения

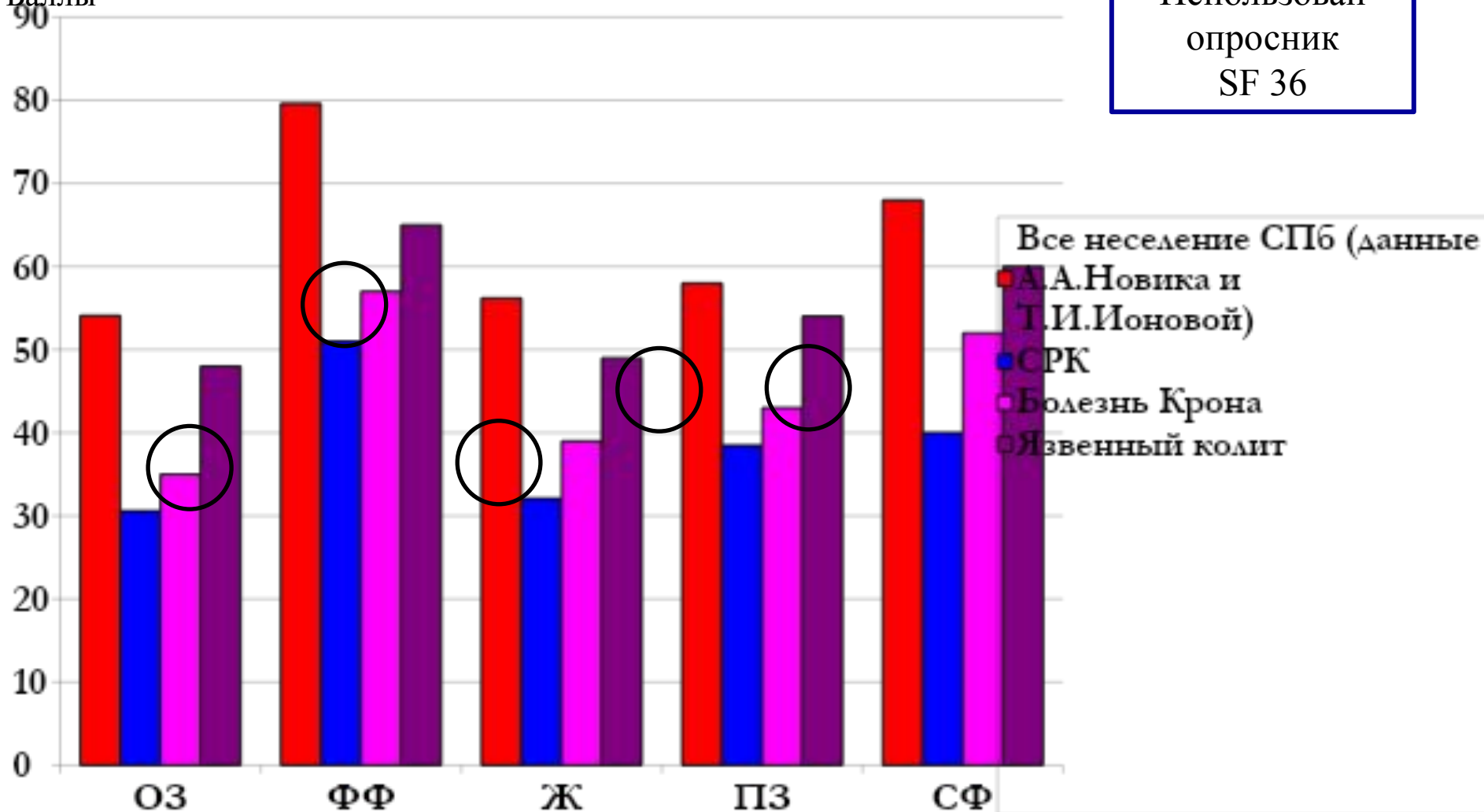
СРК– локальный процесс системного функционального заболевания



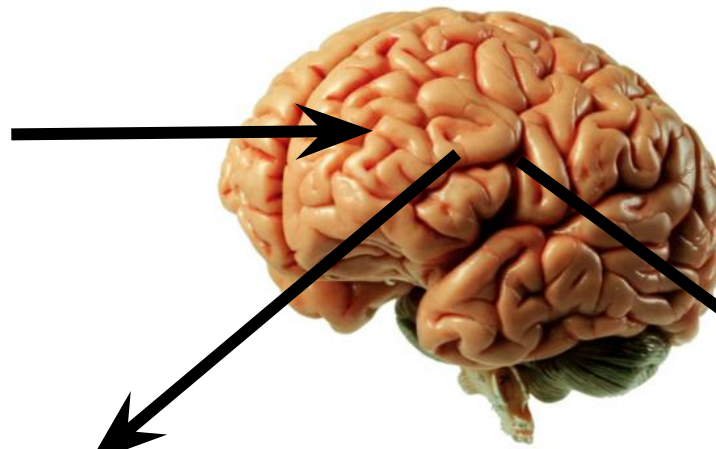
Некоторые сравнительные показатели качества жизни больных СРК в Санкт-Петербурге

Баллы

Использован
опросник
SF 36



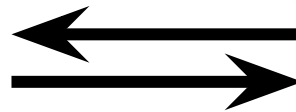
Стресс
Симптомы
СРК



Флора

:

(дисбиоз)



Слизистая
оболочка:

иммунная дисфункция

↑ тучные клетки

↑ проницаемость

Иммунная
активация

IL6, IL8

Дисмоторика
Висцеральная
гиперчувствительность

Дисфункция оси мозг - кишка

IL1 β , TNF α

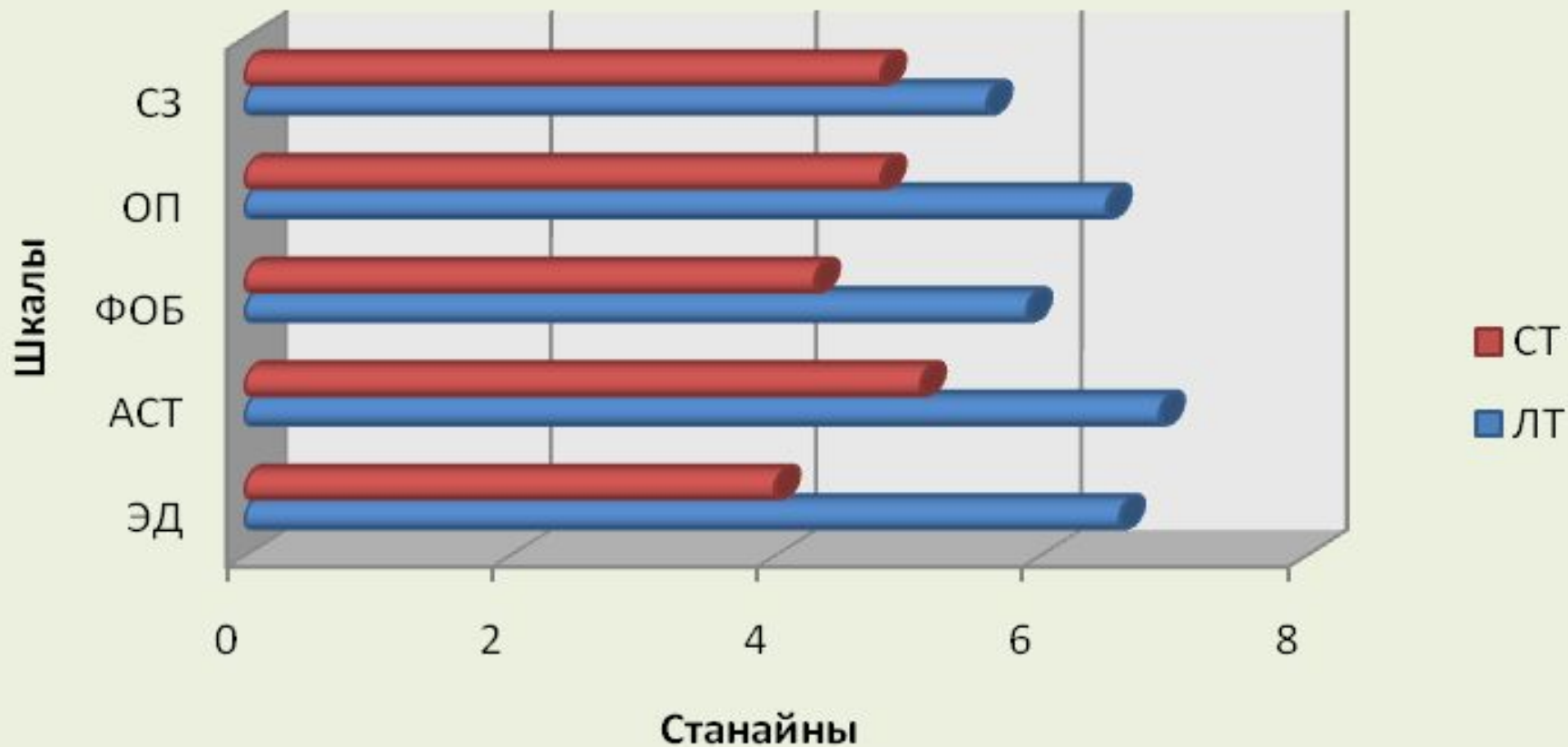
Системные

Неврозоподобные расстройства у больных СРК и ВЗК (130 б-х)

Шкалы	Больные ВЗК	Больные СРК	Частота доминирования			
			Больные ВЗК		Больные СРК	
	M±m	M±m	n	%	n	%
Астенические расстройства	34,8±2,0	21,9±2,4	33	25,3	7	23,3
Расстройства сна	30,0±1,8	24,7±3,2	25	19,2	5	16,6
Аффективная лабильность	28,1±2,1	26,2±2,6	24	18,4	7	23,2
Ипохондрические расстройства	30,4±1,8	29,9±4,3	21	16,1	4	13,3
Нарушения социальных контактов	21,7±1,6	29,7±3,9	7	5,3	1	3,3
Депрессивные расстройства	24,6±1,7	35,3±3,6	5	3,8	1	3,3
Сексуальные расстройства	18,2±1,5	20,5±3,8	5	3,8	2	6,6
Ананкастические расстройства	21,1±1,8	7,8±1,5	4	3,0	2	6,6
Аффективные расстройства	23,7±1,5	17,9±2,6	2	1,5	0	0
Дереализационные расстройства	11,7±1,2	21,1±2,8	2	1,5	0	0
Сомато-вегетативные расстройства	20,0±1,1	30,6±4,3	2	1,5	0	0
Тревожно-фобические расстройства	18,0±1,4	21,2±2,9	0	0	0	0
Обсессивные расстройства	15,7±1,5	20,3±2,2	0	0	1	3,3

Структура ситуативной тревоги (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) у больных СРК

Уровневые показатели ЛТ и СТ у больных с СРК



ЭД – эмоциональный дискомфорт
ФОБ – фобический компонент
СЗ – социальные реакции защиты

АСТ – астенический компонент тревоги
ОП – тревожная оценка перспективы

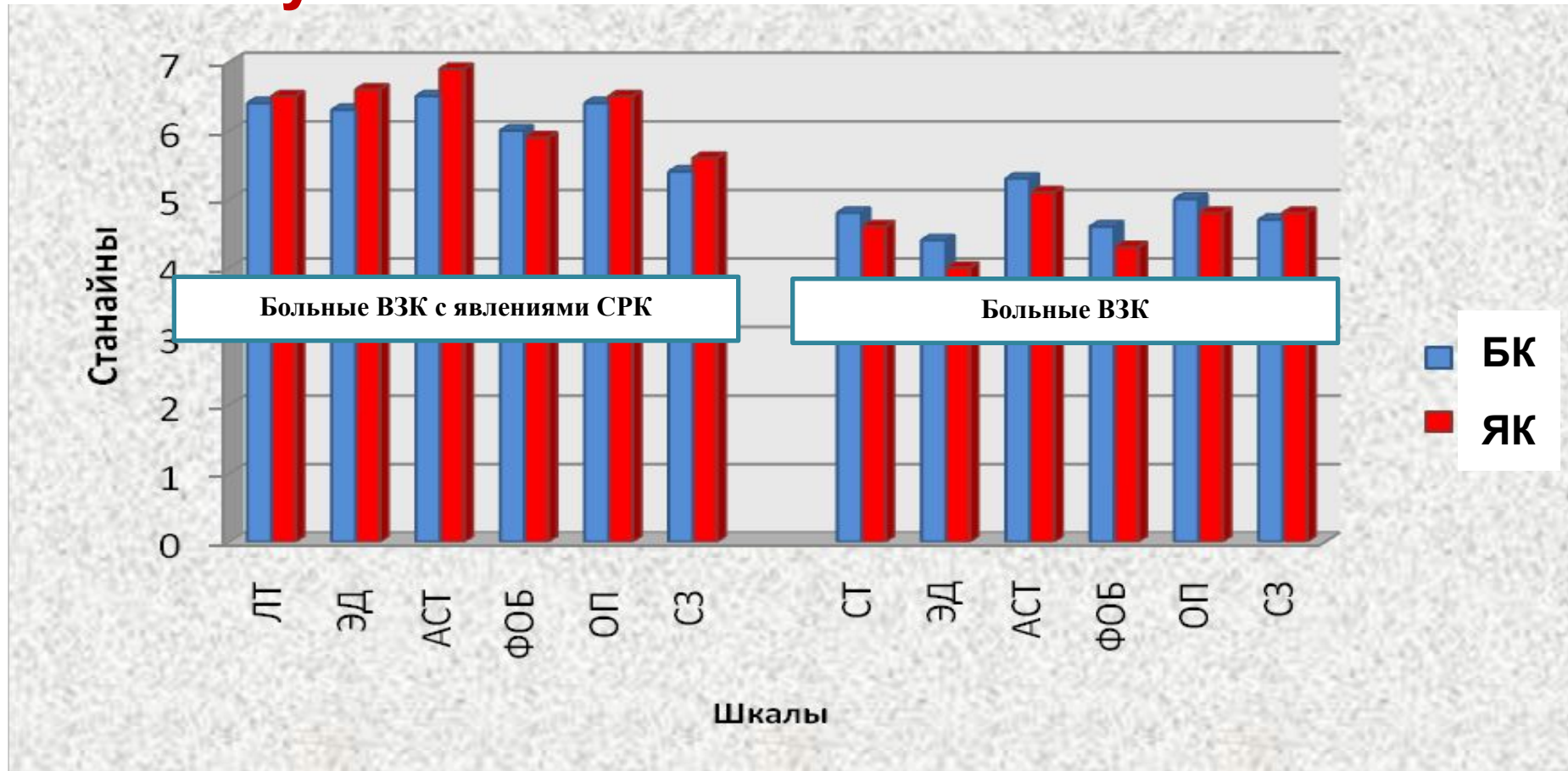
Структура ситуативной тревоги (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) у больных ВЗК



ОП – тревожная оценка перспектив
ФОБ – фобический компонент
АСТ – астенический компонент тревоги

ЭД – эмоциональный дискомфорт
СЗ – социальные реакции защиты

Структура и уровень личностной тревожности и ситуативной тревоги у больных ВЗК с явлениями СРК



ЛТ – степень личностной тревожности
ЭД – эмоциональный дискомфорт
ФОВ – фобический компонент
СЗ – социальные реакции защиты

СТ – степень ситуативной тревожности
АСТ – астенический компонент тревожности
ОП – тревожная оценка перспективы

Принципы лечения больных СРК

- **Психосоциальная адаптация**
- **Нормализация образа жизни**
- **Нормализация режима**
- **Нормализация характера питания**
- **Общие мероприятия:**
 - ❖ **образование больных;**
 - ❖ **“снятие напряжения”;**
 - ❖ **ведение дневника.**
- **Психотерапия**
- **Фармакотерапия**

Психосоциальная адаптация

- Одной из самых важных мер в лечении СРК - убедить пациента, что его заболевание не является опасным для жизни.
- Для больных СРК важно внимание, обсуждение и объяснение симптомов болезни, нежелательных эффектов и знание прогноза.
- Пациента следует предупредить, что для улучшения самочувствия могут потребоваться многие месяцы.

Психотерапия

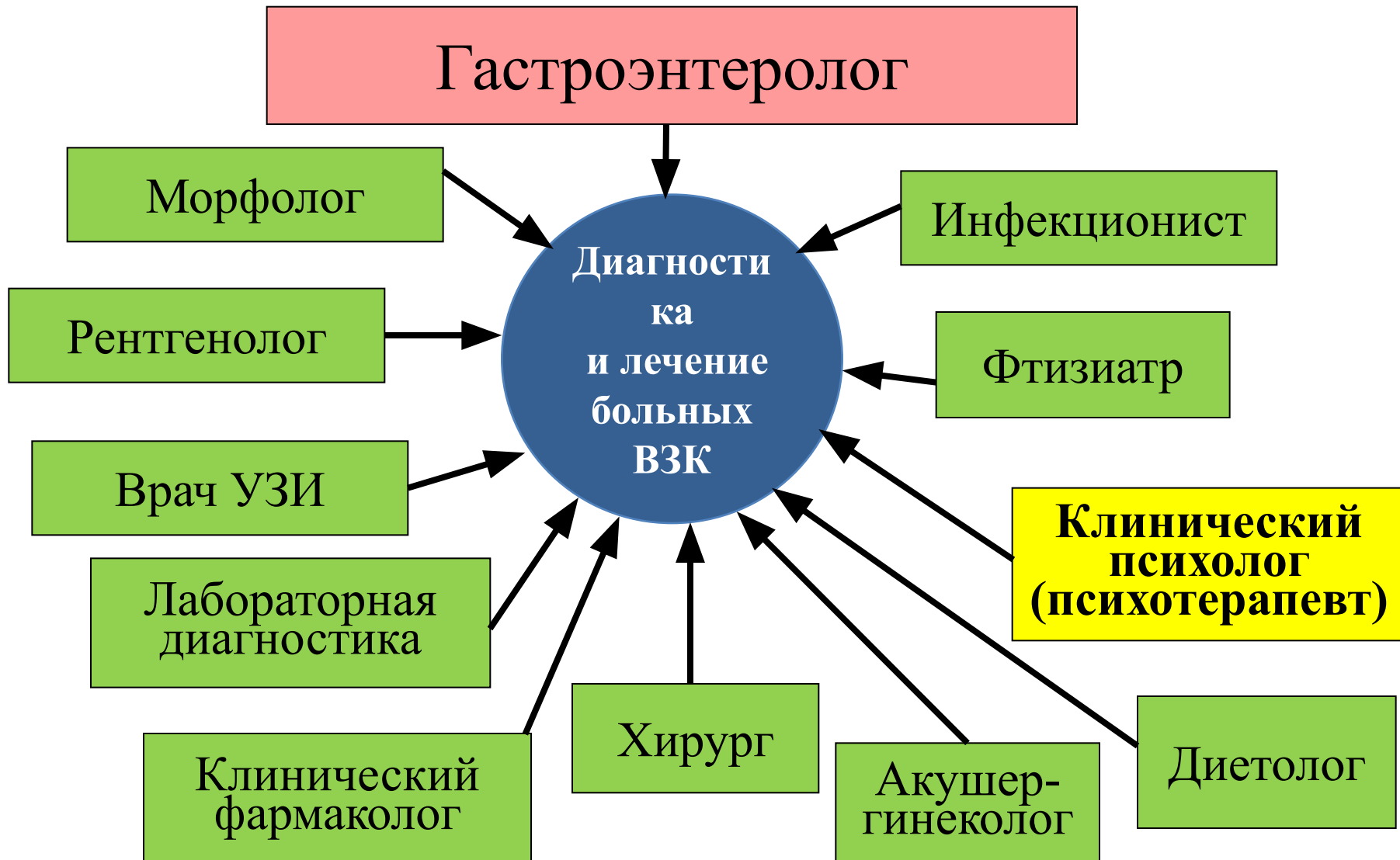
Положительно зарекомендовали в практике психотерапии больных СРК на нашей кафедре такие методы, как:

- телесно-ориентированная психотерапия;**
- когнитивно-поведенческая терапия;**
- гипнотерапия.**

Нередко больные нуждаются в психотропных лекарственных препаратах.

**Современная концепция о том, что
психические (психологические) факторы
заболевания определяются личностными
структурами и средовыми факторами,
опосредующими сознание больного
человека лежит в основе
психосоматического подхода в клинической
практике**

Многопрофильность в работе с больными СРК



Прогноз в клинической гастроэнтерологии

Барановский А.Ю.

Кафедра гастроэнтерологии и диетологии

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Санкт-Петербург



Профессор С.П.Боткин:*

*Заслуженный Профессор
С.П. Боткин*

... врач, способный представить будущее развития болезни своего пациента может заблаговременно предпринять такие действия лечения и профилактики, которые положительно изменят течение болезни...

* – «Курс клиники внутренних болезней», 1875, вып. 3-й.



Академик В.Х.Василенко*:

**Прогнозирование
относится к наивысшей форме
клинического мастерства врача**

* - Василенко В. Х. Введение в клинику внутренних болезней, 1985



Предвидеть - значит управлять

Блез Паскаль



ПРОГНОЗ БОЛЕЗНИ:

**научно обоснованное
предположение о дальнейшем
течении и исходе болезни**



ПРОГНОЗ БОЛЕЗНИ

- ближайший**
- отдаленный**

ПРОГНОЗ БОЛЕЗНИ

- благоприятный
- неблагоприятный
- смертельный (выживаемости)
- сомнительный
- прогноз выздоровления
- прогноз сохранения жизни
- прогноз восстановления функций (органа или системы органов)

Прогнозирование

(в интересах индивидуализации лечения):

- **характера течения заболевания** (при выставленном диагнозе)
 - благоприятное
 - неблагоприятное
- **развития осложнений**
- **исходов заболевания**

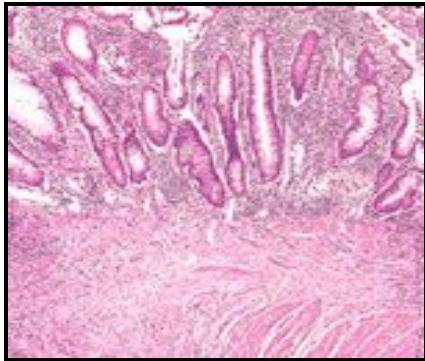
Традиционный путь:

**Прогнозирование частных
клинических ситуаций с
использованием изолированных
клинических признаков
(симптомов)**

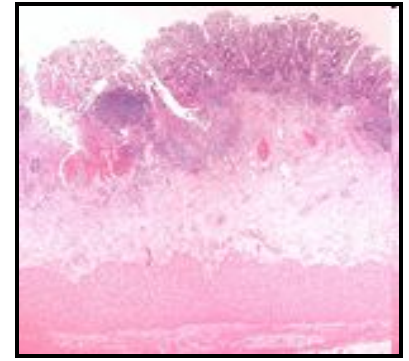
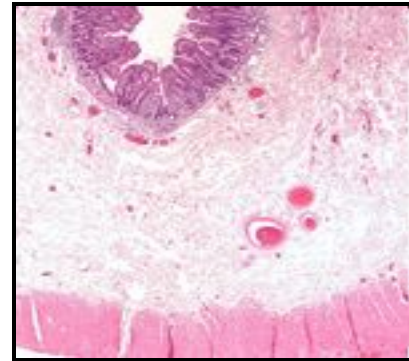
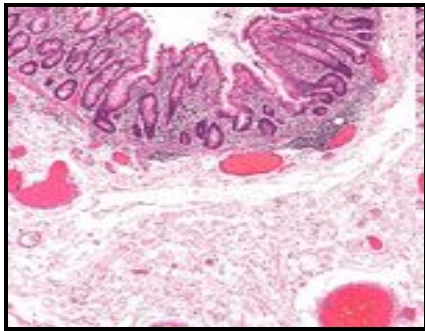
Объективные критерии клинической значимости системы прогноза

- **Чувствительность** (sensitivity): доля позитивных результатов прогноза в группе больных с верифицированным диагнозом (осложнением, вариантом течения, исходом и проч.)
- **Специфичность** (specificity): доля негативных результатов прогноза в группе больных с отсутствием предполагаемого заболевания (осложнения, варианта течения, исходом и проч.)

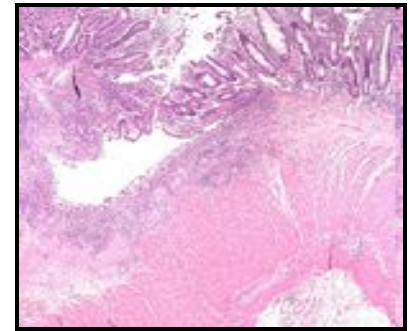
Прогностическое значение гистологических признаков при язвенном колите



Признаки высокой
активности
воспаления при ЯК
(гематоксилин-эозин,
ув. x100)

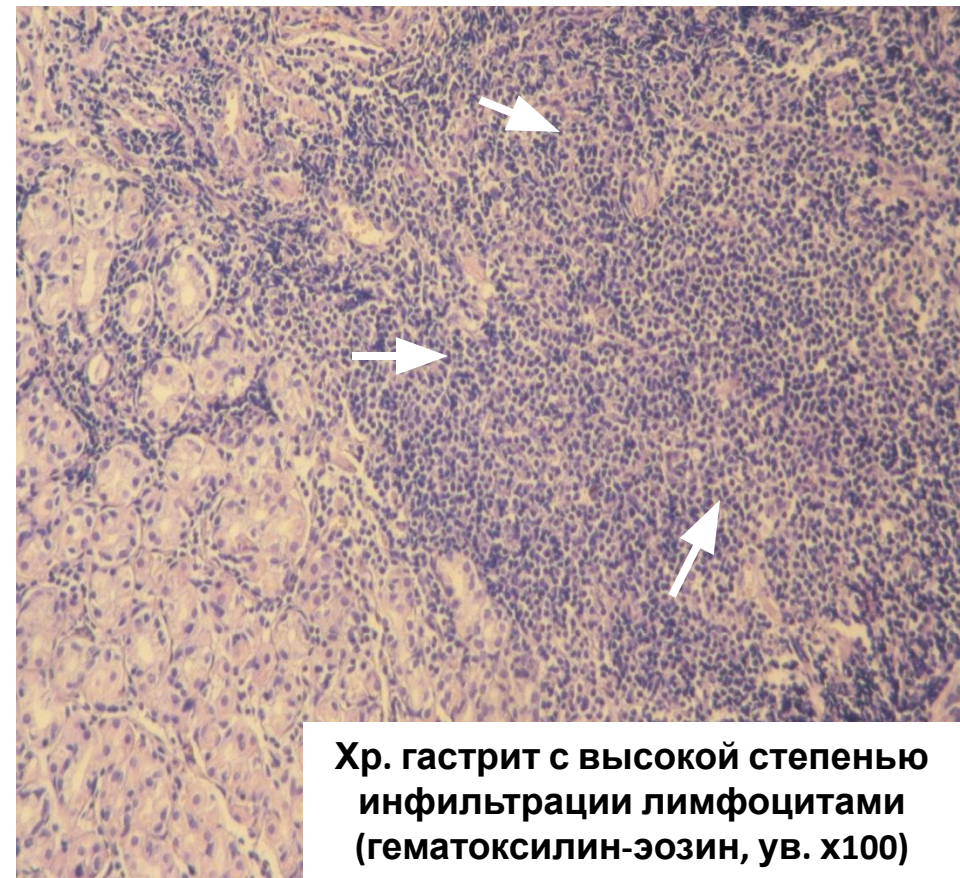
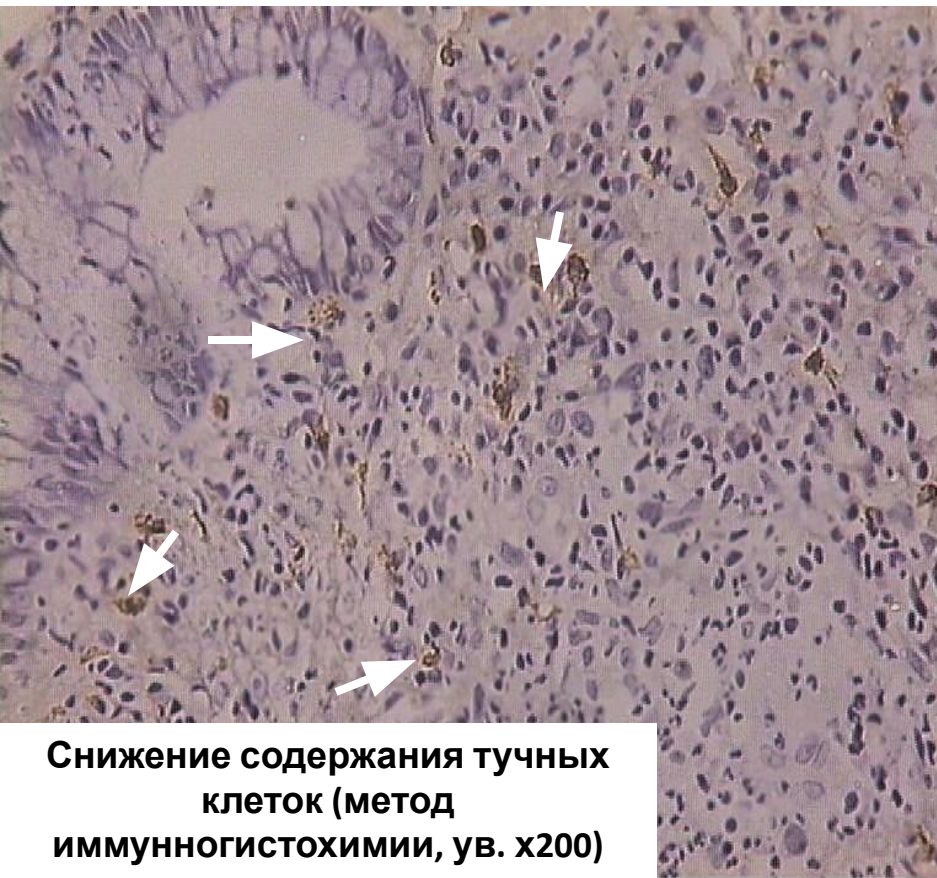


Признаки низкой
активности
воспаления при ЯК
(гематоксилин-эозин,
ув. x100)



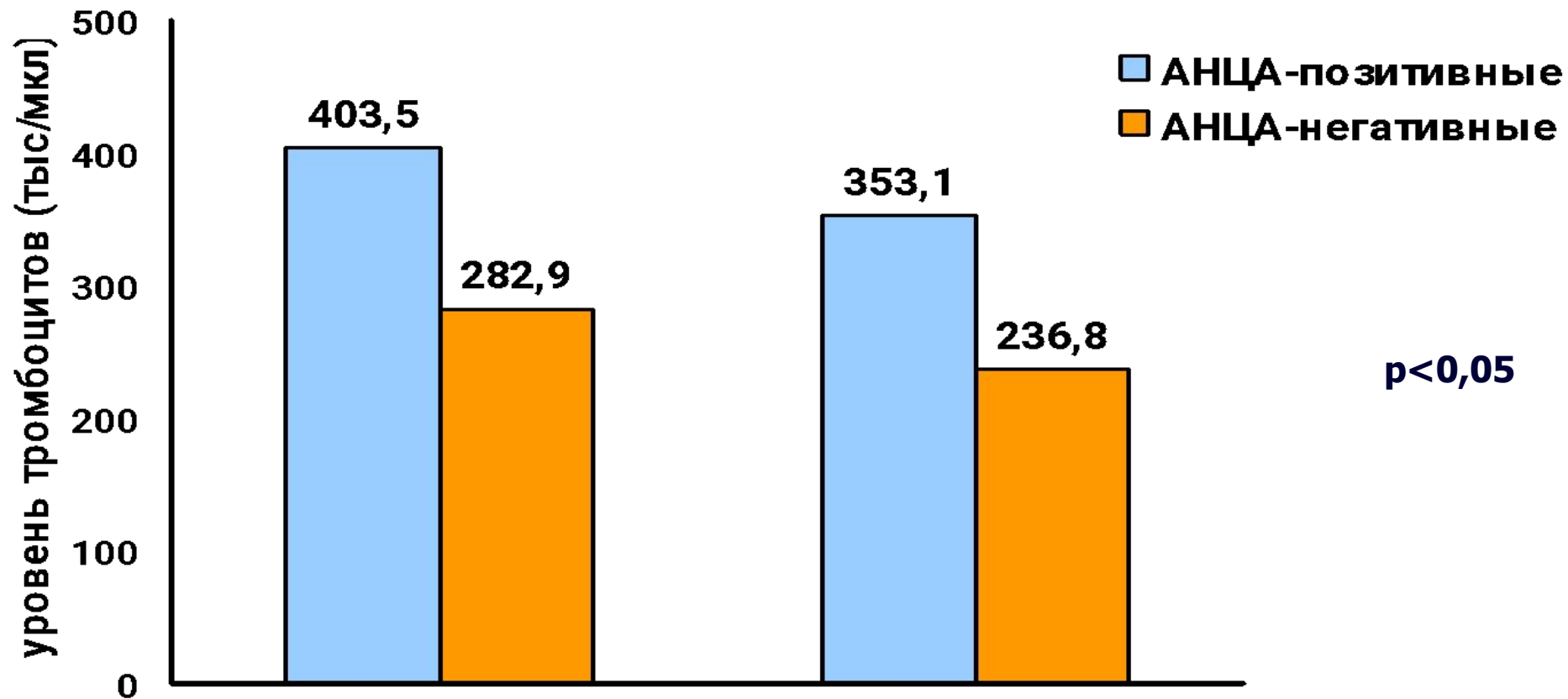
Чувствительность прогноза : 29,0-36,8%
Специфичность прогноза: 23,4,- 29,5%

Прогностическое значение гистологических признаков при язвенной болезни желудка



Точность (достоверность) прогноза: 33,5-39,4%
Чувствительность прогноза: 29,8- 34,7%

Уровень тромбоцитов крови у больных язвенным колитом



Точно
сть
прогн
оза

обострение

57,6/ 46,5

ремиссия

52,4/ 50,8

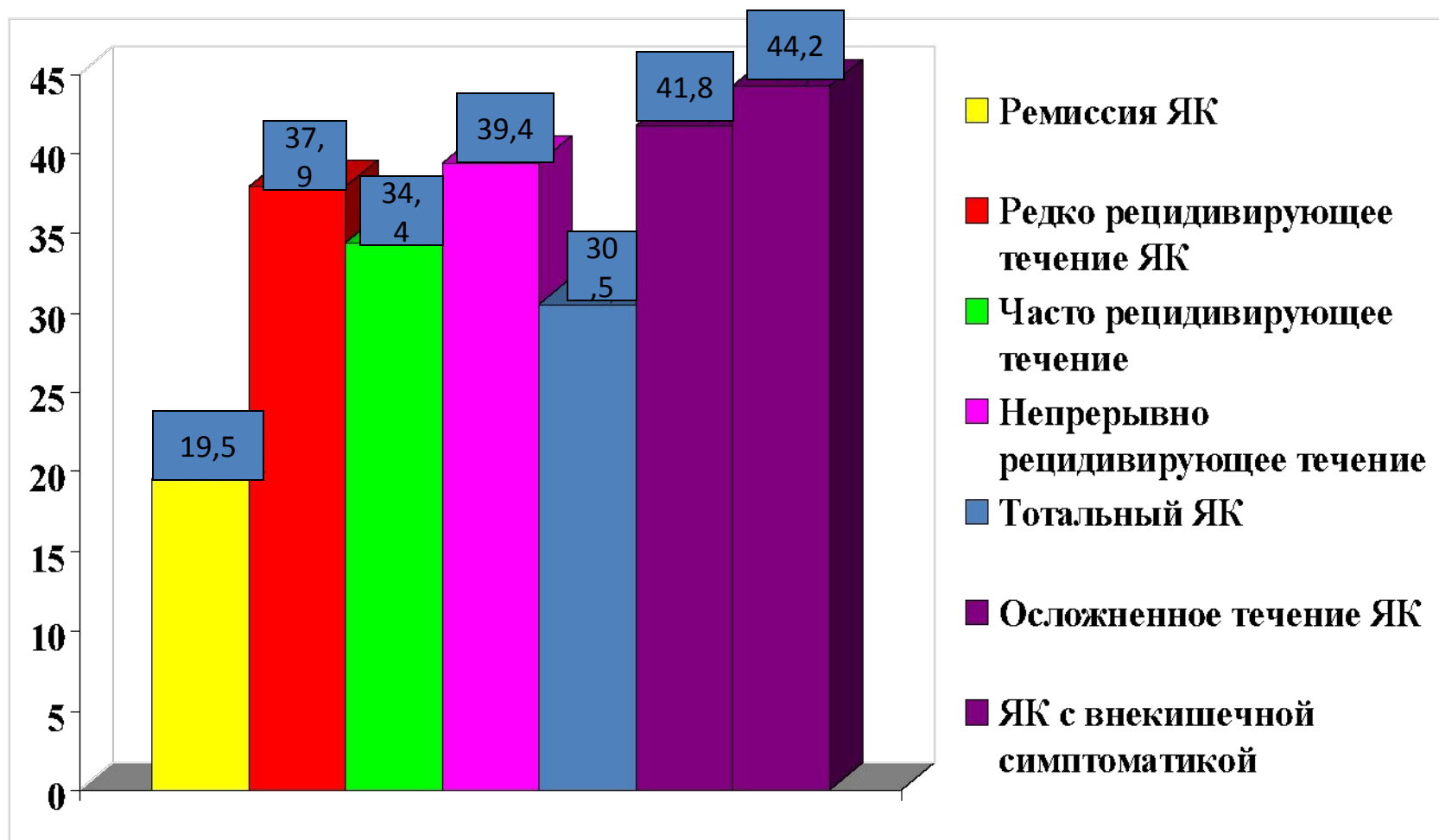
Чувствитель-
ность прогноза

44,1/ 42,8

41,3/ 32,6

СОДЕРЖАНИЕ ГИДРОПЕРЕКИСЕЙ ЛИПИДОВ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Отн. ед



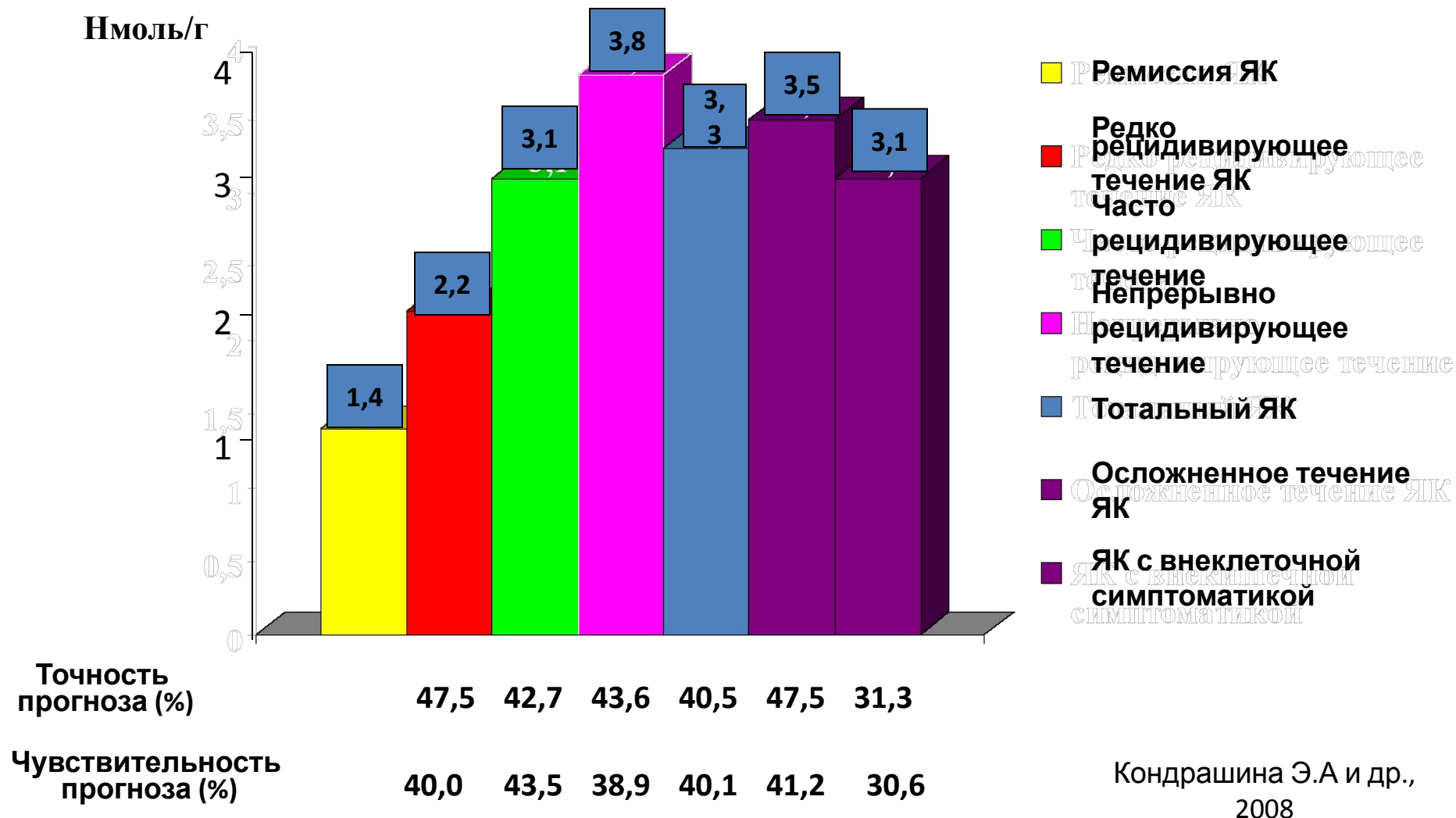
Точность
прогноза (%)
Чувствительность
прогноза (%)

45,3 47,5 42,7 43,6 40,5 47,5 41,3

43,3 40,0 43,5 48,9 40,1 41,2 40,6

Кондрашина Э.А и др.,
2008

СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ



Зачем нужен прогноз при болезнях печени

- **Выявление пациентов с наибольшим риском смерти**
- **Определение пациентов требующих применения терапии 2-ой линии**
- **Отбор пациентов для трансплантации печени**
- **Определение риска проведения оперативного лечения**
- **Отбор пациентов для клинических исследований**

Fernandez-Esparrach G. et al., 2001, Merkel C. et al. 2000, ; Gluud C . et al. 1988, Planas R. et al. 2004, van Dam G.M., et al. 1999, Shetty K . et al., 1997, Zeitoun G . et al.. 1999, Bruix J, Sherman M. 2005, Friedman LS. 1999;29:1617-1623

Прогноз по Child-Pugh

<http://homepage.mac.com/sholland/contrivances/childpugh.html>
<http://www.gastrotraining.com/calculators/child-pugh-score-for-cirrhosis-mortality>

Класс цирроза	баллы	1-лет. выживаемость	2-лет. выживаемость
A	5-6	100%	85%
B	7-9	81%	57%
C	10-15	45 %	35%

Child-Pugh score

Класс цирроза	А <i>1 балл</i>	В <i>2 балла</i>	С <i>3 балла</i>
Билирубин (мкмоль)	<34	34-51	>51
Альбумин (г/л)	>35	28-35	<28
ПВ/(ПИ)/ МНО	> 4 > 1,2	4-6 1,2-1,7	>6 > 1,7
Энцефалопатия	нет	минимальная	резко выражена
Асцит	отсутствует	контролируемый	рефрактерный

А (от 5 до 6 баллов), В (от 7 до 9 баллов) или С (от 10 до 15 баллов)

Модель MELD

Показывает риск летальности в течение 3 месяцев

<http://www.mayoclinic.org/meld/mayomodel6.html>

- МНО
- Билирубин
- Креатинин

$$\begin{aligned} \text{MELD} = \\ 10 [0,957 \log_e \text{креатинин (mg\%)} + 0.378 \log_e \text{билирубин (mg\%)} \\ + 1.120 \log_e \text{МНО}] \end{aligned}$$

- Результат оценки варьирует от 6 до 40
- Высокий MELD ассоциирован со снижением резидуальной функции печени

Прогноз в гепатологии

Прогностический признак	Точность (достоверность) прогноза	Чувствительность прогноза
Child-Pugh score (выживаемость)	79,4%	77,3%
Индекс Meld (смертность в течение 90 дней)	84,1%	81,5%
Шкала Glasgow (выживаемость)	73,8%	69,4%

Информативность клинических признаков для прогноза миграции язвы желудка

в тело и кардиальный отдел желудка



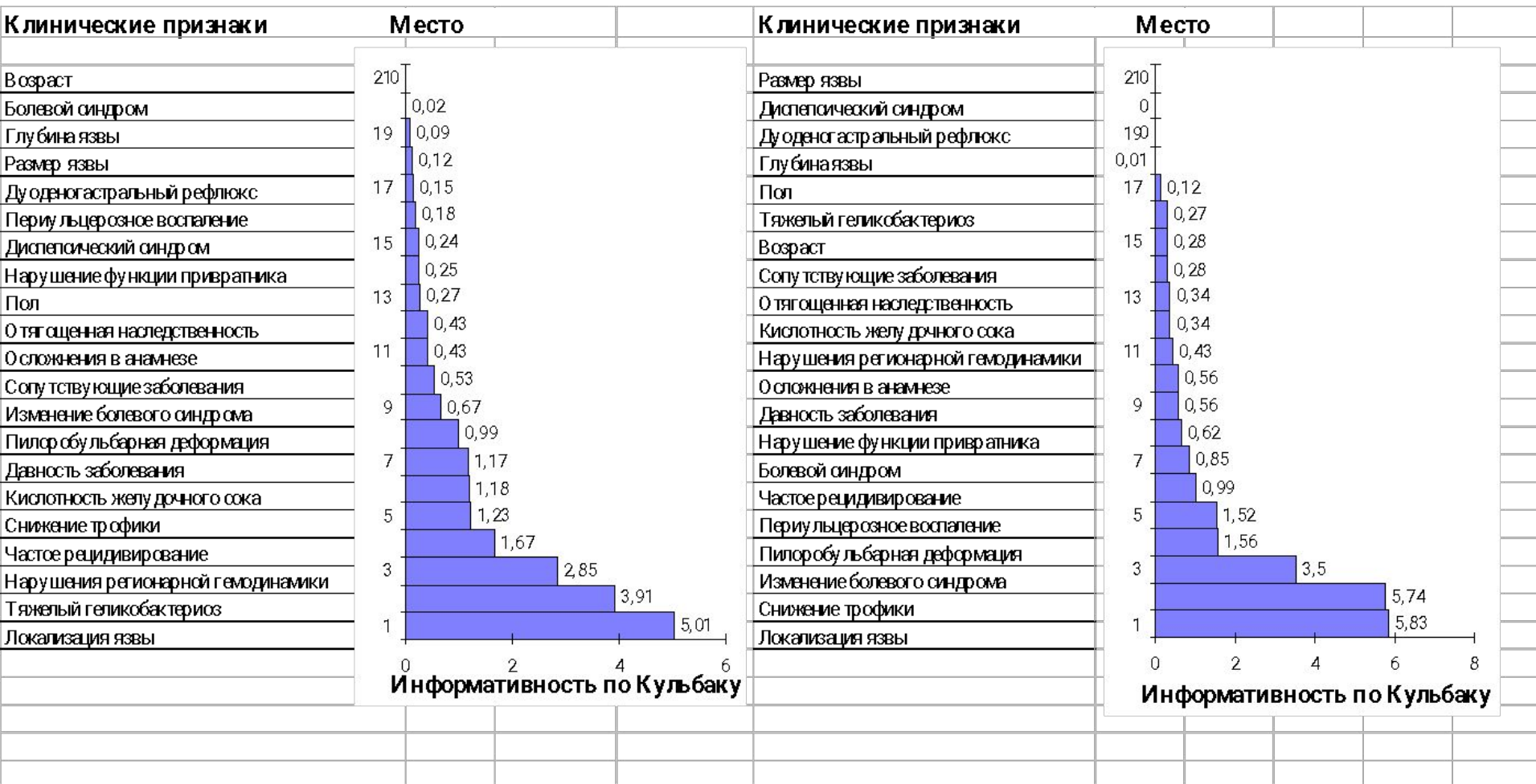
в пилороантральный отдел желудка



Информативность клинических признаков для прогноза миграции язвы желудка

в луковицу двенадцатиперстной кишки
кишки

в залуковичный отдел двенадцатиперстной



Информативность клинических признаков для прогноза миграции язвы желудка

в желудок



в двенадцатиперстную кишку



Прогностическая значимость комплекса клинических признаков при прогнозе миграции гастродуоденальной язвы

Прогноз миграции	Точность (достоверность) прогноза	Чувствительность прогноза
В желудок	88,4%	82,5%
В пилороантральный отдел желудка	79,5%	76,5%
В тело и кардиальный отдел желудка	76,3%	70,0%
В 12-перстную кишку	92,9%	86,4%
В луковицу 12-перстной кишки	88,1%	86,8%
В залуковичный отдел 12-перстной кишки	86,7%	82,0%

Клинические признаки, наиболее важные для прогноза течения и осложнений язвенного колита

1. Возраст больного в начале болезни
2. Длительность анамнеза ЯК
3. Неблагоприятные варианты течения ЯК в анамнезе
4. Осложнения ЯК в анамнезе
5. Начало данного рецидива ЯК (постепенное или быстрое)
6. Общее самочувствие больного
7. Температура тела (нормальная, субфебрильная или фебрильная)
8. Лихорадка (имеется или нет)
9. Похудание (имеется или нет)
10. Обезвоживание организма
11. Частый жидкий стул (5 раз и более)
12. Наличие крови в стуле
13. Боли в животе (имеются или нет)
14. Внекишечные симптомы (имеются или нет)
15. Гемоглобин крови (>100 г/л или <100 г/л)
16. Лейкоцитоз (имеется или нет)

17. С-реактивный белок (повышен или нет)
18. Гипоальбуминемия (имеется или нет)
19. Гипергаммаглобулинемия (имеется или нет)
20. Колонизация кишечника условно-патогенными бактериями (имеется или нет)
21. Воспаление слизистой оболочки (1-й, 2-й, 3-й или 4-й ст. активности)
22. Тотальный колит (имеется или нет)
23. Гиперплазия СО (очаговая или диффузная)
24. Инфильтрация СО лимфоцитами, плазмócитами
25. Крипт-абсцессы (имеются или нет)
26. Тромбозы сосудов (имеются или нет)
27. Геморрагии в СО (имеются или нет)
28. Дисплазия эпителия СО: низкой или высокой степеней (имеется или нет)

Клиническая значимость системы прогноза язвенного колита

(контрольная выборка – 128 больных)

Прогноз характера течения и осложнений язвенного колита	Чувствительность прогноза	Специфичность прогноза
Благоприятное течение	87,2%	80,1%
Часто рецидивирующее течение	91,2%	85,8%
Непрерывное течение	88,3%	79,7%
Кишечное кровотечение	74,4%	66,5%
Перфорация кишечника	78,9%	74,0%
Токсическая дилатация кишечника	76,1%	69,3%

Нетрадиционная точка зрения:

ПРОГНОЗ БОЛЕЗНИ – научно обоснованное предположение об индивидуальных особенностях дальнейшего течения и исходах болезни, а также о **ВОЗМОЖНОСТЯХ** ее **ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

Мультифакториальные болезни

**Генетически детерминированные
патологические процессы
с провоцирующими влияниями факторов
внешней и внутренней среды**

Мультифакториальные болезни органов пищеварения

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- Алкогольная болезнь печени
- Язвенный колит
- Болезнь Крона
- Некоторые злокачественные опухоли

Генетические детерминанты мультифакториальных болезней органов пищеварения

Заболевание		Ген	Полиморфные варианты (аллели) гена
Язвенная болезнь		HLA	A09, A10, A19, A28, B05, B14, DRB1*03 и DQB1*05, ABO
Факторы вирулентности H.pylori		CagA, BabA2, IceA2	
Эффективность эрадикации		Отсутствие rdxA и 23Sp PHK	
Алкогольная болезнь печени		ADH	ADH2-1, ADH2-2, ADH2-3
		ALDH	GLN48Lis
		CYP2E	Arg76His, Val389Ile, Val79Ile
Язвенный колит		TNF-a	-308 G/A; -238 G/A
Болезнь Крона		CARD15	Arg702Trp; Gly908Arg; incC3020
		TNF-a	-308 G/A
		MTRR	G66A
		HLA II	DRB1*0103, *0501
Злокачественные новообразования	желудок	IL 1β	(C->511T)
	поджелудочная железа	LSM1	
Целиакия		HLA II	DQB1*02-DRB1*03; DQB1*02- DRB1*07; DQA1*05
		IL 6	-174G/C
		TNF-a	-308 G/A
		MTHFR	C677T

Алгоритм клинико-генетического прогнозирования болезней органов пищеварения

I
этап



Алгоритм клинико-генетического прогнозирования болезней органов пищеварения

II
этап

Углубленное клинико-морфологическое исследование
неблагополучных (генетически) органов и систем

Диагностика доклинической
стадии заболевания (ближайший
прогноз)

Лечение,
вторичная
профилактика

Выявленные нарушения

да

нет

Исследование общих и местных адаптационно-
компенсаторных механизмов

А. Психоэмоциональная сфера
регуляция

Б. Вегетативная

В. Обмен веществ

Г. Эндокринная регуляция

Д. Иммуитет

Е. Регенерация

Ж. Эндозкология кишечника

З. Антиоксидантная система

Прогноз
благоприятный

нет

Выявленные нарушения

да

отдаленный
прогноз

профилактика

Показатели эффективности клинико-генетического прогнозирования заболеваний органов пищеварения

Прогнозируемые заболевания	Обучающая /контрольная выборка (количество больных)	Точность (достоверность) прогноза	Чувствительность прогноза
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	148/54	67,3%	60,5%
Алкогольная болезнь печени	53/42	77,8%	72,2%
Язвенный колит	164/86	81,3%	73,9%
Болезнь Крона	139/77	78,6%	70,4%
Злокачественные опухоли: желудка поджелудочной железы	37/32 44/27	59,3% 62,5%	55,6% 57,8%

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- **Современная гастроэнтерология – динамично развивающаяся клиническая специальность, важный раздел терапии;**
- **Совершенствование лечебно-диагностической и профилактической деятельности российской гастроэнтерологии может быть обеспечено путем:**
 - **повышения профессионального уровня (образованности) врачей;**
 - **внедрения новых средств и методов диагностики и лечения заболеваний;**
 - **использование современных стандартов (рекомендаций!) по лечению больных, их персонификация;**
 - **изменение политики государства в области здравоохранения (финансирование, штаты, образование, профессиональные нормативы и проч.).**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ