

Резолюція круглого столу «Впровадження сучасних методів діагностики та лікування хворих на запальні захворювання кишечника з метою зниження непрацездатності та інвалідизації хворих шляхом реалізації міждисциплінарного підходу»

Під егідою МОЗ України 14 грудня 2016 року в м. Києві було проведено круглий стіл «Впровадження сучасних методів діагностики та лікування хворих на запальні захворювання кишечника з метою зниження непрацездатності та інвалідизації хворих шляхом реалізації міждисциплінарного підходу». В роботі круглого столу взяли участь провідні фахівці в галузі гастроентерології, колопроктології та сімейної медицини, представники громадської організації хворих на запальні захворювання кишечника (ЗЗК) «Надія на майбутнє».

Мета проведення заходу — привернути увагу медичної громадськості та суспільства в цілому до проблем організації надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги хворим на виразковий коліт (ВК) і хворобу Крона (ХК), адекватного їх лікування, запобігання, своєчасної діагностики та лікування ускладнень тощо, що значною мірою визначається злагодженою роботою мультидисциплінарної команди фахівців, насамперед лікарів-гастроентерологів, проктологів-хірургів, лікарів загальної практики—сімейної медицини, спеціалістів діагностичних служб, діяльність яких ґрунтується на сучасних даних доказової медицини.

Хвороба Крона та виразковий коліт — найпоширеніші форми хронічних ЗЗК. Аналіз даних епідеміологічних досліджень засвідчив статистично значуще зростання показників захворюваності та поширеності ЗЗК у різних регіонах. За даними Європейської організації з вивчення ВК та ХК (ЕССО), близько 2,2 млн осіб в Європі (5 млн у світі) страждають на ЗЗК. Кількість таких хворих в Україні точно невідома, оскільки

епідеміологічні дослідження не проведено, не створено реєстру пацієнтів. Однак останнім часом досягнуто певного прогресу в отриманні статистичних даних щодо ВК та ХК. Так, за даними центру медичної статистики МОЗ у 2015 р. в Україні зафіксовано 9023 випадки ВК (21,1 випадку на 100 тис. населення) та 1073 випадки ХК (5,6 випадку на 100 тис. населення), з них вперше встановлено діагноз у 1368 хворих на ВК (3,2 на 100 тис. населення) та у 149 хворих на ХК (0,8 на 100 тис. населення). Показники захворюваності на ЗЗК в Україні в цілому нижчі, ніж у східноєвропейських країнах, але порівнянні з аналогічними показниками в сусідніх країнах (у Молдові, РФ та Румунії).

Запальні захворювання кишечника мають хронічний прогресуючий перебіг, найчастіше дебютують у віці 15—25 років. Середній вік хворих у країнах Східної Європи становить 36 років.

Головними клінічними виявами ЗЗК є виражений диспепсичний синдром, біль у животі, наявність домішок крові в кишечних випорожненнях, зниження маси тіла, лихоманка та слабкість. Через розвиток ускладнень, неефективність адекватної терапії 20—25 % хворих на ВК і майже 75 % хворих на ХК потребують виконання хірургічних втручань, які призводять до інвалідизації хворих. Спостерігається тенденція до зростання кількості тяжких, резистентних до лікування форм хронічних ЗЗК. Це спричиняє значні економічні витрати, пов'язані з доглядом, лікуванням та реабілітацією пацієнтів. Через 8 років від встановлення діагнозу ЗЗК значно збільшується ризик розвитку колоректального раку.

Останнім часом намітився певний прогрес в організації допомоги хворим на ВК та ХК в Україні:

- з 2013 р. ведеться статистичний облік випадків ВК та ХК;
- Україна стала членом Європейської організації з вивчення ВК та ХК (ЕССО);
- наказом МОЗ України № 90 від 11.02.2016 р. затверджено Адаптовані клінічні настанови та Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при ЗЗК (ВК і ХК), розроблені на основі консенсусних документів ЕССО;
- створено Харківський і Запорізький міжобласні проктологічні центри;
- у клінічній практиці активно використовуються різні види базисної терапії тощо.

Однак залишаються невирішеними низка питань:

- відсутність повних епідеміологічних та статистичних даних призводить до неможливості точного планування необхідних ресурсів, кількості фахівців та профільних ліжко-місць, ускладнює планування заходів для поліпшення ситуації;
- низька обізнаність лікарів первинної ланки із зазначеними захворюваннями призводить до пізнього спрямування хворих до вузьких фахівців (лікарів-гастроентерологів, колопроктологів) та пізньої діагностики ЗЗК;
- несвоєчасна діагностика є причиною більшої частоти розвитку ускладнень, що призводить до необхідності виконання ургентних операційних втручань та зростання рівня інвалідизації хворих;
- більшості пацієнтів вдається досягти ремісії, використовуючи стандартну терапію. Пацієнтам, котрі не відповідають на терапію кортикостероїдами та/або імуносупресантами, або за наявності непереносності чи медичних протипоказань до таких видів терапії, а також з метою підвищення якості лікування необхідно використовувати препарати біологічної терапії – моноклональні антитіла до $\alpha_4\beta_7$ інтегрину (ведолізумаб) або до фактора некрозу пухлин α (ФНП- α) (інфліксімаб, адаліумаб).

Клінічні дослідження переконливо свідчать про те, що застосування біологічної терапії у разі неефективності або непереносності стандартної терапії дає змогу досягти швидкої та тривалої клінічної відповіді, клінічної ремісії, відміни кортикостероїдів, стійкого загоєння слизової оболонки, зменшення потреби в госпіталізаціях і в деяких випадках запобігти необхідності вико-

нання хірургічних втручань. Антиінтегринові антитіла (ведолізумаб) чинять селективну дію в тканинах кишечника на відміну від анти-ФНП- α -антитіл (інфліксімаб, адаліумаб), які виявляють системну дію. Така селективність зумовлює сприятливіший профіль безпечності антиінтегрінових моноклональних антитіл.

Пізнє призначення біологічної терапії, а також тривале використання стероїдів призводить до необхідності проведення хірургічного лікування, погіршує післяопераційний прогноз та збільшує частоту ускладнень до 30 %. Установлення чітких критеріїв щодо потреби призначення біологічної терапії дасть змогу зменшити частоту виконання хірургічних втручань з приводу ВК та ХК і, як наслідок, рівень інвалідизації хворих.

Учасники круглого столу наголошують на необхідності впровадження таких заходів:

- розробити та затвердити державну програму з вдосконалення допомоги хворим на ВК та ХК;
- вивчити можливість організації та проведення національного епідеміологічного дослідження, а також створення національного реєстру хворих на ВК та ХК;
- забезпечити мультидисциплінарний підхід у діагностиці та лікуванні хворих на ЗЗК, що передбачено Адаптованими клінічними настановами та Уніфікованим клінічним протоколом. Хворі на ЗЗК з тяжким клінічним перебігом підлягають обов'язковій госпіталізації у гастроентерологічні відділення. Лікування таких хворих необхідно здійснювати з обов'язковою участю гастроентерологів, проктологів, анестезіологів-реаніматологів, фахівців діагностичних служб;
- розглянути питання створення координаційного та міжрегіональних мультидисциплінарних центрів з надання допомоги хворим на ЗЗК;
- хворі на ускладнені форми ЗЗК підлягають госпіталізації винятково в проктологічні відділення і центри;
- хірургічне лікування хворих на ЗЗК слід проводити винятково в спеціалізованих колопроктологічних відділеннях, які мають підготовлених фахівців;
- у зв'язку з оновленням консенсусних документів ЕССО робочій групі з розробки Адаптованих клінічних настанов та Уніфікованих клінічних протоколів розглянути доцільність внесення змін щодо ведення хворих на ЗЗК у відповідні документи з уточненням критеріїв та алгоритму призначення препаратів біологічної терапії;
- розглянути питання щодо забезпечення доступності пацієнтів з ВК та ХК до сучасної високоякісної імунобіологічної терапії, що значно зменшить витрати національного бюджету, зокре-

ма на подальше лікування та виплату пенсій інвалідам за рахунок витрат, яких вдалося уникнути;

- забезпечити безперервне підвищення кваліфікації фахівців як первинної ланки, так і гастроентерологів та колопроктологів щодо якості надання медичної допомоги хворим на ЗЗК та виконання положень локальних протоколів;
- мультидисциплінарній команді із залученням лікарів загальної практики — сімейної медицини, гастроентерологів, проктологів, пацієнтів

узяти участь в адаптації клінічних настанов та протоколів для первинної медичної допомоги із ЗЗК на основі системи Clinical Knowledge Summaries, що є електронним ресурсом первинної медико-санітарної допомоги Великої Британії;

- налагодити тісну співпрацю зі спільнотами хворих на ЗЗК;
- резолюцію круглого столу довести до відома усіх зацікавлених сторін, співпраця яких дасть змогу реалізувати положення цієї резолюції.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Гастроентерологія»,
завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
чл.-кор. НАМН України, проф., д. мед. н. *Н. В. Харченко*

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Проктологія»,
президент Асоціації колопроктологів України, завідувач кафедри хірургії № 1
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця,
чл.-кор. НАМН України, проф., д. мед. н. *М. П. Захараш*

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина»,
завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
президент Асоціації сімейних лікарів,
проф., д. мед. н. *Л. Ф. Матюха*

Професор кафедри внутрішньої медицини № 1
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця,
Національний представник України в ЕССО,
проф. *А. Е. Дорофєєв*

Професор кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця,
д. мед. н. *О. І. Пойда*

Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
проф. *І. М. Скрипник*

Доцент кафедри факультетської хірургії
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького,
завідувач курсу проктології,
к. мед. н. *Ю. С. Лозинський*

Голова Громадської організації пацієнтів з запальними захворюваннями кишечника «Надія на майбутнє»,
к. мед. н. *Ю. А. Петров*