

## Сучасна гастроентерологія — персоналізована і доказова

25 листопада 2016 р. в Києві відбулася Науково-практична конференція «Дні гастроентерології в Києві», організаторами якої виступили Міністерство охорони здоров'я України, Українське товариство терапевтів, Асоціація дієтологів України. Всеукраїнська громадська організація «Українське товариство терапевтів» запросила до участі в цьому науково-практичному освітньому заході практикуючих лікарів первинної медичної допомоги (лікарі загальної практики — сімейної медицини, педіатри, терапевти), гастроентерологів, дієтологів та лікарів інших спеціальностей, а також фахівців із питань організації та забезпечення лікувально-профілактичної допомоги в загальній практиці — сімейній медицині, головних спеціалістів, завідувачів профільних кафедр та викладачів.

Протягом роботи конференції обговорено чимало актуальних наукових питань за такими напрямками, як сучасний розвиток гастроентерології в Україні, новітні напрямки й технології у практиці лікаря-гастроентеролога, актуальні питання первинної медичної допомоги в загальній системі охорони здоров'я щодо формування та збереження здоров'я населення, новітні підходи до освіти лікарів.



Перед початком роботи конференції у своєму вступному слові до її учасників доцент **Олег Швець**, президент Асоціації дієтологів України, зупинився на деяких аспектах, пов'язаних із реформуванням

системи охорони здоров'я України, ролі професійних асоціацій, яка в умовах реформування медицини набуває все більшого значення. Тож він радив колегам вступати до професійних співтовариств. Тим більше, що ми поступово йдемо шляхом організації діяльності професійних асоціацій європейського зразка. Загальновідомо, що у багатьох розвинених країнах саме асоціації беруть на себе вирішення багатьох питань, пов'язаних із функціонуванням тієї чи іншої галузі. Навіть деякі інноваційні підходи щодо реорганізації роботи в тій чи іншій сфері часто реалізуються саме за активного сприяння професійних асоціацій. Окрім цього, членство в асоціації значно полегшує лікарів отримання та підтвердження ліцензії, розширює можливості доступу до безперервного післядипломного навчання тощо.

Робота конференції розпочалася із секційного засідання «Доказова та персоналізована внутрішня медицина — клінічні можливості у гастроентерології». У рамках цієї сесії О. Швець представив змістовну доповідь «Інтерпретація результатів генетичного тестування та сімейного анамнезу в персоналізованій оцінці ризику хворих гастроентерологічного профілю». На переконання доповідача, питання персоналізованих підходів у внутрішній медицині й гастроентерології — надзвичайно цікава тема. У генетичного тестування, за умови його розумної інтер-

претації, — велике майбутнє. Зокрема в гастроентерології вже сьогодні існує чимало можливостей. Залишається не повністю вирішеною проблема підготовки лікарів для якісної інтерпретації всього того великого обсягу генетичної інформації, який доступний сьогодні. Для того щоб генетичні тести дійсно допомагали у прийнятті клінічних рішень, найпершим завданням лікаря є ретельний збір сімейного анамнезу, зіставлення його з історією хвороби пацієнта для того, щоб прогнозувати розвиток нових захворювань або прогресування вже існуючих.

Обов'язково слід звертати увагу на такі аспекти, як інформування пацієнтів про механізми успадкування. Це важливо, оскільки має відношення до основних принципів діагностики, зниження ризику розвитку захворювань, асоційованих зі спадковістю. Необхідно, щоб пацієнт брав участь в обговоренні тих інтервенцій, які будуть доцільні для модифікації ризику.

Оцінка ризику на підставі вивчення сімейного анамнезу — не надто складне завдання. Є три категорії ризику: середній, помірний і високий. Відповідно тактика ведення пацієнтів із різним ступенем ризику відрізняється.

Якщо у пацієнта високий ризик і захворювання має явну спадкову природу, слід направити його на генетичну консультацію, в ході якої не обов'язково проводитимуться генетичні тести (вони можуть знадобитися, але не обов'язково). Натомість клінічний генетик оцінить ризик захворювання і порекомендує найоптимальніший підхід для модифікації наявного ризику.

Особи із помірним ризиком зазвичай не потребують генетичного тестування. Винятком є випадки, коли немає можливості зібрати сімейний анамнез (наприклад за відсутності родичів або наявності у людини фобії до якихось спадкових захворювань).

Проте підхід до скринінгу хвороби при помірному ризику має бути іншим, ніж у загальній популяції. Як приклад можна говорити про рак ободової кишки. Якщо, наприклад, відомо, що батько пацієнта захворів у віці близько 50 років, то цьому пацієнтові необхідно зробити скринінг на колоректальний рак у віці 40 (а не 50) років, як це прописано в рекомендаціях.

**Які причини для оптимального використання генетичного тестування?** Надумку О. Швеця, на жаль, цей потенціал використовується дуже слабо. Згідно з даними одного з досліджень 2015 р., у США лише 22% жінок зі злоякісними захворюваннями молочної залози і яєчника були спрямовані на генетичну консультацію і пройшли її. А це ті захворювання, які тісно асоційовані зі спадковістю, прогноз і лікування яких залежать від того, чи є у пацієнта певні генетичні порушення. Основними причинами того, чому пацієнтів не направляють на генетичне тестування, є те, що лікарі самі погано знають, як трактувати генетичну інформацію, які тести доступні, їх значення, зрештою, пацієнти можуть боятися пройти такий тест і дізнатися щось таке, що здавалося б, не можна змінити, оскільки, за широко розповсюдженою думкою, генетика — це те, що не підлягає зміні. Натомість, експресія генів — це те, з чим можна працювати.

**Яку інформацію необхідно надати, направляючи пацієнта до клінічного генетика?** В Україні наразі ця спеціальність досить добре розвивається і вже є лікарі, які добре володіють сучасними методиками. Перше і найважливіше питання, на яке має відповісти консультант-генетик, — визначення підходу до скринінгу, для чого, звичайно, корисна інформація про сімейний анамнез (випадки захворювань в сім'ї, інформація про членів сім'ї, які хворіють або хворіли, тощо). Крім сімейного анамнезу, потрібні результати лабо-



раторних, інструментальних та морфологічних досліджень, які мають відношення до захворювання, з приводу якого пацієнт направлений на генетичну консультацію. Надзвичайно важливі результати генетичних тестів родичів. У нашій країні це поки не увійшло в широку практику, але у світі вони допомагають врятувати мільйони людських життів (!).

Використання сучасних методик аналізу сімейного анамнезу може допомогти лікареві суттєво зекономити час. Наприклад, на сайті Міністерства охорони здоров'я США є форма для вивчення сімейного анамнезу, де пацієнт може визначити ризик спадкових захворювань. Крім того, вона допомагає пацієнтові підготуватися до консультації з лікарем будь-якого фаху, зателефонувавши попередньо своїм родичам, дізнавшись, хто і якими захворюваннями хворів тощо. Цю форму можна заповнити буквально за 5 хв, але вона дає можливість надати вичерпну інформацію про захворювання родичів різних поколінь. Так роблять у розвинених країнах світу, будемо сподіватися, що і в нас незабаром з'явиться така можливість.

Підставою припустити, що саме генетика є однією з центральних ланок в етіології захворювання, можуть бути такі фактори: кілька хворих родичів по одній або обох сімейних лінійках; ранній розвиток захворювання порівняно із середнім віком дебюту в популяції; наявність захворювання у близьких родичів хворого (перший і другий ступінь споріднення), наявність у сім'ї спадково зумовленої онкопатології, атипова картина поширення патології (наприклад, розвиток раку молочної залози відразу в двох залазах або його наявність у родичів-чоловіків).

Доповідач також коротко нагадав про закони успадкування Менделя. Відзначають спадковість за Менделем у клініці внутрішніх хвороб (якщо взяти весь масив захворювань) досить рідко. Частіше доводиться мати справу з мультигенетичними захворюваннями, коли є порушення відразу декількох генів. Крім того, більшість неінфекційних захворювань є багатофакторними і розвиваються в результаті комбінованого впливу генетичних і негенетичних факторів.

**Як інтерпретувати результати генетичних тестів та де шукати інформацію щодо генетичних захворювань?** Звичайно, все запам'ятати неможливо, та це й не потрібно. Сьогодні для цього існують спеціальні інтернет-платформи. Одна з них — GeneReviews. Тут в алфавітному порядку перераховані всі особливості генетики, встановлені на сьогодні. Крім того, є інформація про те, що робити, як інтерпретувати результати генетичних тестів, як обходитися з інформацією про спадкові захворювання, як встановлювати діагноз, як вести таких пацієнтів і що потрібно розповідати під час генетичної консультації. Іншими словами, тут є все необхідне для генетичної консультації. Адже генетична консультація обов'язково містить інформаційно-освітню складову. Пацієнтові обов'язково потрібно роз'яснити, що таке спадкові захворювання, як можна знизити ризик їх розвитку тощо. Звичайно, повідомляючи пацієнтові результати тестів, потрібно враховувати його психосоціальну реакцію. Адже коли з'ясується, що ризик у людини

високий, потрібно передбачити, що надалі їй може знадобитися психологічна підтримка.

Модифікація ризику — те, для чого взагалі так докладно вивчається сімейний анамнез та застосовується генетичне тестування.

По закінченні доповіді О. Швець запропонував учасникам розглянути клінічний випадок, який наочно продемонстрував, як застосовуються у практиці всі ті аспекти, про які щойно йшлося.



Друга доповідь у рамках цієї секції була присвячена темі «Доказова медицина в гастроентерології». У ній доцент Національного медичного університету імені О.О. Богомольця **Ольга Пузанова** докладно

зупинилася на питаннях термінології та правильного її розуміння. В останні 30 років у лексикон медиків усього світу увійшов ряд термінів, які містять прикметник evidence (англ. доказовий). Із 1986 р. в англійській літературі мова йде про доказову медицину, доказову практику в ряді сфер діяльності людини: доказову охорону здоров'я, соціальну роботу, педагогіку, доказовий менеджмент, юриспруденцію тощо. Крім того, використовують такі терміни, як «практика, інформована доказами» і «практика, підтримана доказами». Сьогодні доказову медицину розуміють як підхід до прийняття рішень і практик, основою інформаційного забезпечення яких є evidence. Це епідеміологічні й економічні докази, які у перекладі часто називаються фактичними даними, передусім результати систематичних оглядів, прийнятних для експертів охорони здоров'я і споживачів медичних послуг — окремих пацієнтів і громади в цілому. Доказовий підхід підтриманий у 2002 р. Радою Європи, Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), відповідає вимогам безлічі стратегічних і декларативних документів і не протирічить сучасній глобальній стратегії розвитку переважно первинної медичної допомоги і партнерства з пацієнтами стосовно стану їх здоров'я. На сьогодні йдеться про те, що доказовий підхід у медицині та інших галузях діяльності людини не протиставляється індивідуальному підходу. Доповідач також повідомила, що у 2014 р. введено термін «доказове громадське здоров'я» як інтеграцію найкращих доступних доказів зі знаннями і рішеннями експертів в інтересах популяції.

В Україні до останнього часу доказовий підхід протиставляли індивідуальному й переважно пов'язували його з інформацією високої якості. Але впровадження доказового підходу в Україні, починаючи з 2000-х років, пройшло досить успішно, без конфліктів клініцистів з організаторами охорони здоров'я, що спостерігалось в ряді інших країн. У цьому велика заслуга вітчизняних клініцистів, керівників медичних асоціацій.

ВООЗ рекомендує визнати необхідність спеціальних знань, які виходять за рамки традиційних медичних дисциплін. Отже,

на сьогодні доказовий підхід пов'язаний із проблемами доступності та якості медичної допомоги, оскільки не у всіх випадках персоналізований підхід можливий і доступний (принаймні у первинній ланці надання медичної допомоги), пов'язаний із проблемою інновацій і реформ, а також комерціалізації охорони здоров'я (надання надмірних послуг, які не мають під собою достатнього наукового обґрунтування і можуть бути запропоновані пацієнтові як у державному, так і приватному секторі). Власне, цьому і протистоїть доказовий підхід із найперших днів його впровадження.

Початком впровадження доказового підходу в світі слід вважати 1930-ті роки, коли у зв'язку з великою депресією в США було обмежено кількість послуг, що надавалися населенню. Далі практично всі процеси проходили паралельно в США і Великобританії. Це дві основні країни, які запропонували світу доказовий підхід, основою якого, безумовно, є клінічна епідеміологія.

Так, у Великобританії вперше впроваджено рандомізовані клінічні дослідження, домінуючі наразі серед всіх інших первинних досліджень. У 1951 р. розпочато і лише у 2000 р. завершено дослідження британських лікарів, яке вперше показало шкоду куріння для легень і підвищення смертності від раку легень. Впроваджено причинно-наслідковий критерій, вперше проведено систематичні огляди, оцінено валідність скринінгових тестів. Із 1993 р. успішно працює Кокранівське співробітництво (Cochrane Collaboration) як основна рушійна сила розвитку доказового підходу в медицині. Слід також знати, що саме розробки британських фахівців покладені в основу тих стандартів, адаптованих клінічних рекомендацій, які запропонували робочі групи Міністерства охорони здоров'я України вітчизняним лікарям. На сьогодні Великобританія — центральна країна, яка розробляє методичні управлінські аспекти доказового підходу.

У розвитку доказового підходу в Північній Америці великий внесок зробила Канада. Саме там вперше розроблено профілактичні рекомендації щодо скринінгу в первинній ланці та вперше оголошено, що клінічні рекомендації ніколи не позбавлені впливу політичних і економічних чинників. Іншими словами, вони не є за своєю суттю чисто науковою інформацією для спільноти, на відміну від систематичних оглядів. Це свідчить про те, що систематичний огляд завжди є основою сучасною якісною інформаційною одиницею для науковців.

Починаючи з 1986 р. велике значення в розвитку доказового підходу набувають країни Європи. Наприклад, у Німеччині доказовий підхід реалізувався в серії клінічних рекомендацій. Практично власних національних рекомендацій з гастроентерології ця країна не розробила і з обережністю приймає міжнародні, але сама працює в аспекті цукрового діабету і психосоматичних розладів.

Австралія та Нова Зеландія дають доказову базу з питань реабілітації, тобто вторинної і третинної профілактики захворювань. Китай дає переважно рекомендації щодо нетрадиційних методів лікування. Індія — су-

часний центр фармацевтичної індустрії і, відповідно, має свої суттєві напрацювання. Японія — досить інформаційно закрита країна, яка з дуже великими труднощами і насторожено сприйняла доказовий підхід, тож не дає багато інформації в цьому сенсі.

Доповідач звернула увагу, що ВООЗ не має власної бази даних, але активно співпрацює із Кокранівським співтовариством, тому інформацію слід шукати в Кокранівських оглядах. Останні не підлягають, за сучасним розумінням, ніякій критичній оцінці. Іншими словами, якщо лікар щодо якогось питання знаходить Кокранівський систематичний огляд, можна вважати, що пошук відповіді на його конкретне питання завершено. О. Пузанова також зазначила, що ситуація з Кокранівськими оглядами з гастроентерології за їх змістом є, безумовно, хорошою. Однак, як часто громадяни та медики звертаються до Кокранівських оглядів з гастроентерології? Далеко нечасто. Вчені-гастроентерологи повинні активніше користуватися цією базою даних, адже фактично жодна сучасна наукова робота не може бути представлена без пошуку відповідного Кокранівського систематичного огляду.

Сучасна доказова медицина визнає таку інформацію, як опис окремих клінічних випадків, основною цінністю яких є оперативність інформації (особливо в разі якихось побічних дій). Нині зростає роль економічних аналізів, особливо, коли щось пропонується лікарям первинної ланки.

Отже, доказовий підхід, як заявляє ВООЗ, надав процесу прийняття рішень силу і дисципліну наукового факту, але сам по собі він не гарантує ефективності й безпеки медичної допомоги. Важливо, як служби охорони здоров'я працюють із людьми.

Протягом конференції відбулося ще три секційних засідання, на кожному з яких прослухали доповіді провідних вітчизняних фахівців, в яких демонструвалися сучасні можливості профілактики, діагностики та лікування пацієнтів гастроентерологічного профілю: сучасні підходи до терапії при токсичних ураженнях печінки, харчовій непереносимості, новітня інформація щодо кишкової мікробіоти тощо. Четверта секція, що завершувала конференцію, була повністю присвячена представленню клінічних випадків із практики гастроентеролога.

Наприкінці заходу при особистому спілкуванні відповіді на наші запитання дав **О. Швець**.

— Олег Віталійович, яким фахівцям, перш за все, була корисна ця конференція?

**О.Ш.:** Аудиторія конференції завжди різноманітна. Ми запрошуємо всіх: терапевтів, сімейних лікарів, педіатрів, дитячих і дорослих гастроентерологів та ін. Якісної інформації, яку представляють кваліфіковані авторитетні експерти, потребує лікар будь-якої спеціальності. Адже лікарю необхідно вчитися все життя. Інформації сьогодні величезна кількість, у світі щодня закінчується декілька досліджень, на ці теми з'являються публікації. Орієнтуватися в цьому потоці складно, але можна цьому вчитися, наприклад, спираючись на думку експертів, вибирати лише дуже надійні джерела (медичні видання, інтернет-платформи тощо). Крім

того, є професійні асоціації, в тому числі Українська гастроентерологічна асоціація, які організують різного роду освітні заходи — науково-практичні конференції, майстер-класи та ін. Асоціації зазвичай мають свої сайти, де розміщується інформація, необхідна для практичної роботи (стандарти, протоколи, класифікації захворювань, новини галузі тощо). Наразі Українська гастроентерологічна асоціація ініціювала створення спеціальної соціальної інтернет-мережі для гастроентерологів — «Гастроліга». Там буде багато професійної інформації, майданчик для вебінарів, новини, думка експертів з тієї чи іншої теми та багато іншого. Людина, яка хоче бути професіоналом, відповідати сьогоdnішньому рівню, безперечно, має сама активно шукати найсучаснішу інформацію й використовувати її в роботі. Я б радив більше орієнтуватися на зарубіжні джерела, де завжди зібрана вся передова інформація.

— Як і з повідомлень, що прозвучали на конференції, Ви би відзначили особливо?

**О.Ш.:** Ми спіралися на двох «китів» — доказова медицина і персоналізована гастроентерологія. З приводу останнього основна думка, яку хотілося донести до колег, це те, що більшість захворювань мають спадкову природу, і в клініці ми потребуємо оцінки цієї спадковості, починаючи від опитування пацієнта і закінчуючи спеціальними консультаціями фахівців в клінічній генетиці. Це дозволяє зробити профілактику лікування індивідуальними. Досить багато часу на конференції присвячено захворюванням печінки і підшлункової залози. Це зазвичай тяжкі хворі в гастроентерологічній клініці, тому всі фахівці мають потребу в інформації щодо підходів до діагностики та лікування у таких хворих, особливо при поєднаній патології.

— В Україні доступні не всі види генетичного тестування, але якщо в цьому є необхідність, що може зробити лікар? Куди направляти пацієнтів?

**О.Ш.:** Звичайно, в Україні не всі, але вже дуже багато. Проблема в тому, що комерційна лабораторна мережа пропонує послуги за дуже високими цінами. Тому краще орієнтуватися на науково-дослідні інститути (Інститут геронтології, Центр радіаційної медицини та ін.), де є хороші лабораторії та досить широкі можливості. В Угорщині є європейська група з вивчення хвороб підшлункової залози (Університет міста Сегед). Вони проводять дослідження захворювань підшлункової залози в молодому віці й роблять безкоштовні генетичні тести для людей віком до 20 років. Тож туди теж можна направляти.

— Проблема надмірної маси тіла в Україні стоїть так само гостро, як і в багатьох інших країнах світу? З чим це пов'язано?

**О.Ш.:** Так, Україна в цьому сенсі мало чим відрізняється від інших європейських країн. У середньому у нас така ж структура — більше половини дорослих людей мають надмірну масу тіла, а 27% жінок і 16% чоловіків мають той чи інший ступінь ожиріння. У цієї проблеми немає якихось однієї чи двох причин. Це і спадковість, і низька фізична активність, і надмірне споживання калорій (люди їдять набагато більше, ніж потрібно), і вживання технологічно оброблених про-

дуктів харчування, у складі яких багато солі, цукру, жирів.

Для того щоб виправити цю ситуацію, потрібна «політична воля». Так, солодкі напої в деяких країнах коштують дорого, що демонує населення їх купувати. Організація харчування у школах потребує відповідних документів, які би жорстко регламентували, що і з чого можна готувати і продавати у шкільних їдальнях, а що категорично заборонено. Наш інститут, зокрема, в минулому році прописав стратегію щодо зниження споживання кухонної солі, в цьому році — стратегію щодо споживання транс-жирів. Підготовлені законопроекти з цих проблем, але... Ще один напрямок, яким ми займаємося — національні рекомендації з харчування. Відверто кажучи, вся ця робота ніяк не фінансується, тому виконувати її досить складно. Адаже у вітчизняній системі громадського здоров'я акценти містяться в галузі інфекційних хвороб, хоча вже протягом тривалого часу найбільшою проблемою для громадського здоров'я в усьому світі є якраз неінфекційні хвороби: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет тощо. Займатися лікуванням цих захворювань без профілактики, без уваги до проблем харчування просто неможливо. Але в умовах обмежених ресурсів ми залежимо від іноземних донорів, які зазвичай зацікавлені в тому, щоб під контролем був інфекційний компонент (щоб інфекції не поширювалися з України на інші країни). Тому у нас непогано розвиваються програми зі СНІДу, туберкульозу тощо.

— Розкажіть, будь ласка, трохи про діяльність Асоціації дієтологів України.

**О.Ш.:** Наша основна мета — пропаганда здорового харчування як основного компонента здорового способу життя. Сподіваюся, що протягом декількох років ми розробимо дієтичні рекомендації для кожного віку. Вони вже готові для вагітних і для дітей першого року життя. Звичайно, ця робота могла би бути більш ефективною, якби була підтримка з боку держави. Як, наприклад, в Угорщині, де державний секретар взяла питання харчування під свій особистий контроль. У результаті за 2–3 роки вжито всіх необхідних і, зауважте, найжорсткіших в Європі (!) законів. Це і обмеження реклами нездорових продуктів, особливо спрямованих на дітей, обмеження використання нездорових продуктів в навчальних закладах, зменшення споживання кухонної солі, заборона транс-жирів тощо. Іншими словами, зробили все, що потрібно, при тому у стислі терміни. Знадобилося лише розуміння політиків, у чому власне, полягає турбота про громадське здоров'я. В Україні, на жаль, досі не вирішена, наприклад, проблема йододфіциту. За даними останнього опитування, лише 17% населення України вживає в їжу виключно йодовану сіль. І то, вірити цьому навряд чи можна, оскільки основне споживання кухонної солі — ускладніть готових продуктів. Для того щоб вважати, що проблема вирішена, хоча б 90% населення має вживати тільки йодовану сіль, тобто вся сіль у країні повинна бути йодована. Зробити це просто, але політики мусять це розуміти. Адаже в цьому питанні важливо керуватися інтересами країни та її громадян, а не лише бізнесу.

*Тетяна Стасенко,  
фото Сергія Бека*