

Елена Колодей: «Нижегородцев»

О том, как работает служба гастроэнтерологической помощи в Нижегородской области, каковы ее основные проблемы и в каком направлении ей следует развиваться, размышляет главный гастроэнтеролог Нижегородской области Елена Николаевна Колодей в интервью региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии» Татьяне Кокиной–Славиной.

Елена Николаевна, расскажите, пожалуйста, о структуре гастроэнтерологической заболеваемости в Нижегородской области.

На первом месте по распространенности сейчас находятся патологии гепатобилиарной системы, то есть патологии печени, поджелудочной железы, желчного пузыря. Все больше становится пациентов с хроническим панкреатитом (по данным 2008 года, более 30% от общего числа гастроэнтерологических больных). Растет число больных с гепатитами и циррозами печени (по данным 2008 года, 20%; для сравнения: в 2007 году эта цифра составляла 17%). Причем к нам поступает все больше и больше тяжелых больных, с осложнениями. Налицо тенденция и к росту заболеваемости такими тяжелыми недугами, как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. За 2008 год таких больных было больше 6%. В 2007 году эта цифра составляла 5%. Пока рано говорить о том, с какими результатами мы завершим текущий год, но уже сейчас я могу констатировать, что ежемесячно мы регистрируем в нашем отделении по 20 пациентов с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. А это очень много. Увеличивается количество больных с функциональной патологией кишечника – синдромом раздраженной толстой кишки. Таких пациентов, по данным 2008 года, было около 5%. Традиционно большой процент (21%) в структуре заболеваемости занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. В 2006 году таких пациентов было всего 10%.

Чем вызван столь бурный рост заболеваемости панкреатитами и гепатитами?

К сожалению, у большинства наших соотечественников отсутствует культура питания. Режим потребления пищи соблюдают лишь единицы. Вместо рекомендуемого гастроэнтерологами 3-4-разового питания многие предпочитают почитать плотно завтракать и еще более плотно ужинать, днем перебиваясь фастфудом и перекусывая всухомятку. Мало кто контролирует содержание в своем рационе жиров и углеводов. Необходимо, чтобы с самого детства у ребенка вырабатывались здоровые пищевые привычки. Чтобы школьник соблюдал режим отдыха, ел не булочки и чипсы, а имел горячее питание. Работающим людям также надо организовать полноценное питание в офисе, на производстве. Еще один фактор, способствующий росту заболеваемости панкреатитами и гепатитами – стрессовые ситуации, перегрузки на работе. И, конечно, неумеренное потребление алкогольных напитков. Особенно это характерно для больных с циррозами, хроническими панкреатитами. Пугает, что с этими тяжелыми диагнозами госпитализируют довольно много молодых пациентов. Сейчас не редкость у 30-летнего диагностировать терминальную стадию цирроза печени. Как правило, такие больные регулярно и в большом количестве употребляют спиртное – обычно не-



Е.Н. Колодей – заведующая гастроэнтерологическим отделением Нижегородской областной клинической больницы имени Н.А. Семашко, главный гастроэнтеролог Нижегородской области

качественный алкоголь – с 15-17 лет. В результате лет через десять формируется тяжелая патология поджелудочной железы и печени. Еще один бич нашего времени – вирусные гепатиты В и С. Недавно я была на научной конференции в Москве, где как раз и обсуждались проблемы лечения данных заболеваний. Коллеги из других городов России констатировали, что число пациентов с данной патологией растет год от года. Коварство гепатита С состоит в том, что обычно он протекает бессимптомно, а через 10-15 лет дает серьезные осложнения: сначала это гепатит, затем цирроз, который со временем перерождается в рак печени. В ближайшие годы врачи ожидают увеличения числа таких больных. Проблема состоит в том, что противовирусная терапия очень дорога, и к ней прибегают единицы. Правда, сейчас государство начало выделять деньги на противовирусную терапию.

атакуют панкреатит и гепатит»

Может быть, по каким-то заболеваниям есть тенденции к снижению?

Небольшую тенденцию к снижению мы видим по эрозивно-язвенным поражениям желудка, двенадцатиперстной кишки. Если в 2006 году таких пациентов было 9%, то сейчас – около 6%. Не растет количество больных с гастродуоденитами, ЖКБ. Таких пациентов примерно 2% в общей структуре гастроэнтерологической заболеваемости.

Сколько больных пролечивается за год по гастроэнтерологическому профилю в Нижегородской области?

В нашем отделении в 2008 году пролечились 1406 пациентов. Количество пациентов, получивших лечение в стационарах города, в прошлом году составило 4745 человек. Всего же в 2008 году в Нижегородской области было зарегистрировано 165426 пациентов с гастроэнтерологическими патологиями, из них 36878 – по области. На диспансерном учете состоит 44194 человека. Первичная заболеваемость – 1353. Показатель летальности относительно невысок – 0,6, а в 2006 году он был 0,9, т.е. наметилась позитивная тенденция.

Много ли пациентов с тяжелыми формами заболеваний, осложнениями?

К сожалению, да. В стационаре мы лечим больных с тяжелыми стадиями декомпенсированного цирроза. Растет число осложненных панкреатита: панкреонекрозы, кисты поджелудочной железы. Со стороны язвенной болезни стабильно высок показатель такого осложнения, как кровотечения, в том числе и рецидивирующие – 25% всех язвенных больных. Также к осложнениям язвенной болезни относятся перфорации, пенетрации, стенозирование просвета органа, малигнизации. Довольно высок процент леталь-

ности среди этой группы больных.

Елена Николаевна, что представляет собой система гастроэнтерологической помощи Нижегородской области?

По данным 2008 года, в Нижегородской области 348 гастроэнтерологических коек. В самом Нижнем Новгороде – 235 коек. Из них 60 располагаются на базе Нижегородской областной клинической больницы имени Н.А. Семашко. В городе функционирует еще пять специализированных гастроэнтерологических отделений при городских больницах № 39, 30, 12, 13 и 40.

Два гастроэнтерологических отделения общим числом 85 коек – в Дзержинске. Это довольно крупный город с большой численностью населения. Кроме того, там сложная экологическая ситуация, что не может не сказываться на заболеваемости, и гастроэнтерологические отделения на базе военного госпиталя существуют в Дзержинске давно.

В районах области – Городецком, Уренском, Борском, Кстовском, Павловском, Чкаловском и Арзамасском – единичные койки: от двух до 13. Как правило, сложных пациентов из области мы берем к себе. Те, у кого не столь серьезные патологии, получают медпомощь на базе центральных районных больниц.

По вашим оценкам, в области достаточно гастроэнтерологических коек?

Мне кажется, их должно быть больше. Наше отделение подчас не справляется с наплывом пациентов. По нормативам, больных в стационаре должно быть не более 105%. Мы же берем больше пациентов, а значит, идет повышенная нагрузка на медицинский персонал. Поэтому желательно, чтобы количество коек увеличивалось. Сейчас же, наоборот, идет тенденция к сокращению коечного фонда. В стационарах теперь

будут лежать только тяжелые больные. Если раньше госпитализировали с гастритами, то сейчас в стационарах с такими диагнозами практически не лечатся. Исключение – юноши, которых райвоенкомат отправляет на обследование. С язвенной болезнью сейчас тоже практически не госпитализируют, только в случае осложнений. Сейчас появились очень хорошие препараты – как импортного, так и отечественного производства. Поэтому лечить таких пациентов можно и амбулаторно. Если у них нет тяжелой сопутствующей патологии, осложнений, то в госпитализации нет необходимости. Но в этом случае необходимо соблюдение режима питания, отдыха, приема лекарств и других рекомендаций врача. В основном пациенты стационара – это тяжелые больные с циррозами печени, острыми панкреатитами, язвенными колитами.

Сколько гастроэнтерологов работает в Нижегородской области на данный момент?

37 гастроэнтерологов. В основном все они принимают в Нижнем Новгороде и Дзержинске. Четыре специалиста работают в Городецком районе. Из 59,25 штатных должностей сейчас занято 53,75 ставок. Так что небольшая недоукомплектация есть. Получается, что в центральных районных больницах узких специалистов нет. Но могу сказать, что, по моим прогнозам, узких специалистов будет становиться все меньше и меньше. Потому что если терапевтам и участковым что-то доплачивают, то узким специалистам – нет.

В чем особенность гастроэнтерологической помощи в Нижегородской области? Есть какая-то своя «изюминка»?

Стандарты лечения едины по всей России, и мы их неукоснительно соблюдаем. Но своя «изюминка» у нас все же есть. На базе областной больницы имени Н.А. Семашко ➔

располагается федеральный гастроцентр. Там работают два доктора наук – профессор О.П. Алексеева и профессор С.В. Криштопенко, которые занимаются патологией кишечника: неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона. Больные с тяжелыми патологиями приезжают к нам со всего Приволжского Федерального округа.

Как обстоят дела с поставками препаратов для лечения больных в стационаре? Случается ли, что ваши пациенты вынуждены приобретать лекарственные препараты за свой счет?

Как правило, больные получают в полном объеме и обследование, и лечение всеми необходимыми препаратами. В нашем гастроэнтерологическом отделении необходимости приобретать лекарства на свои деньги нет. Даже если у больного имеется сопутствующая патология – например, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, бронхиальная астма – в стационаре его обеспечивают всеми необходимыми лекарствами в полном объеме. В том числе и дорогими – импортного производства. Вот, например, в этом году в федеральные списки препаратов, которые можно использовать в стационарах, вошли такие средства, как Даларгин, Тримедат, Фосфоглив, Санпраз, Бускопан. Вообще, новых препаратов появляется много, но не все они входят в федеральные списки.

Елена Николаевна, как вы оцениваете уровень оснащенности гастроэнтерологических отделений диагностическим, операционным оборудованием?

Парк УЗИ-службы постоянно обновляется и расширяется. Появились современные УЗИ-сканеры, благодаря которым стало возможным получить трехмерное цветное изображение брюшной полости, в том числе и сосудистой системы. Это дает очень точную диагностику даже минимальных патологических изменений. Конечно, хотелось бы, чтобы аппаратуры было больше. Я сама эндоскопист, занимаюсь исследованием желудка, кишечника,

и вижу, что очереди на диагностическое обследование все же существуют. И если больной поступает в стационар, мы не всегда в первые же дни можем в полном объеме осуществить комплекс диагностических обследований. Есть и вторая проблема: иной раз для работы на аппаратуре не хватает специалистов. И особенно большая проблема с этим в районах области. Аппаратура есть, а врачей, умеющих на ней работать, нет. Поэтому больные из сельских районов вынуждены приезжать на диагностику в Нижегородскую областную клиническую больницу имени Н.А. Семашко.

Внедряются ли новые способы диагностики, лечения или все из года в год идет по накатанной схеме?

Конечно, внедряются. Появились новые методы как инструментальной, так и лабораторной диагностики. Например, за последний год в нашем стационаре мы стали использовать неинвазивные методы, когда для диагностики первичного билиарного цирроза, аутоиммунного гепатита достаточно взять только анализ крови на антитела. Это довольно точный метод диагностики. Раньше это было возможно только путем биопсии печени.

В третьем квартале ожидается внедрение нового метода диагностики панкреатита – эластазного теста. Это золотой стандарт, очень эффективный метод диагностики панкреатита на ранних стадиях. Мы широко используем неинвазивные методы диагностики на наличие хеликобактерной инфекции путем взятия крови, кала. Сейчас растет число паразитарной патологии. Очень эффективен новый метод диагностики гельминтоза, лямблиоза, целиакии взятием анализа крови. Традиционный метод копрологии не всегда позволяет увидеть яйца глистов, а вот новый анализ очень точен. Мы в курсе всех мировых работ. Я регулярно посещаю конференции, езжу в Москву, в октябре была в Вене. Мы получаем и изучаем всю мировую медицинскую литературу. Так

что особых различий в лечении гастроэнтерологических больных в России и за рубежом нет. Используются ли разработки нижегородских ученых? Так, несколько лет назад наш гастроэнтеролог Ирина Переслегина изобрела метод диагностики по слюне. Этот метод – ИК-Фурье-спектрометрия – хорош для диагностики эрозивно-язвенных и онкологических поражений на ранних стадиях. Это очень точный метод, к тому же недорогой. По себестоимости получается около 500 рублей. Для сравнения, фиброгастроудоденоскопия стоит три тысячи рублей. Однако пока метод ИК-Фурье-спектрометрии находится в стадии разработки.

Бывает, что в сложных случаях вам приходится отправлять пациента на диагностику в Москву?

У нас нет таких квот, поэтому мы не можем направлять пациентов в Москву. Если они желают, то могут ехать за свой счет. Однако такой необходимости нет. Сейчас всю диагностику можно пройти и на региональном уровне.

На какие аспекты гастроэнтерологии государственному здравоохранению следует обратить особенно пристальное внимание?

Нужно совершенствовать и расширять методы диагностики, особенно кислотозависимости – необходим суточный pH-метр. Нужно улучшать диагностику патологий тонкого кишечника. Сейчас капсульный метод, к сожалению, очень дорог. Нужно расширять эндоскопическую службу. Растет число онкологических больных с поражением желудка, кишечника. Поэтому необходимо шире проводить обследование, диспансерное наблюдение людей, чтобы выявлять патологии на ранних стадиях. Как правило, к нам попадают люди с запущенными стадиями, когда эффективно помочь им мы уже не можем... Если у пациента возникли жалобы, он должен знать, что надо как можно скорее обратиться к специалисту, чтобы не пропустить серьезного заболевания. 