

**Adela Țurcanu**

**BOLI DIGESTIVE  
ATITUDINI ȘI ACȚIUNI**

A decorative graphic consisting of several overlapping, wavy lines in shades of green and red, curving across the bottom half of the page. The lines are smooth and have a slight gradient, creating a sense of movement and flow.

**Adela Țurcanu**

**BOLI DIGESTIVE  
ATITUDINI ȘI ACȚIUNI**

**Chișinău 2017**

CZU 616.33(075.8)

Ț 94

Ilustrator: *Ana Țurcanu*

Redactor tehnic: *Cătălina Țurcanu*

**Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții**

**Țurcanu, Adela.**

Boli digestive atitudini și acțiuni : [pentru uzul studenților] / Adela Țurcanu.

– Chișinău : S. n., 2017 (Tipografia-Sirius). – 212 p. : fig., tab.

Referințe bibliogr. la sfârșitul cap. – 100 ex.

ISBN 978-9975-57-241-5.

616.33(075.8)

Ț 94

Reproducerea numai cu acordul scris al autorului

*Cu adâncă recunoștință  
părinților mei*

## CUPRINS

Prefață .....	7
Despre ce scriu? .....	9
Pentru ce scriu?.....	11
Self-managementul în bolile digestive – o necesitate sau un moft?.....	15

**Capitolul I. Fenomenologia bolii de reflux gastroesofagian**

Confidențe (Nr.1) .....	23
Boala de reflux gastroesofagian: între biopsie esofagiană și fenotipare.....	28
Refluxul gastroesofagian refractar și eșecul terapeutic .....	36
Esofagul Barrett: de la screening la tratament .....	50

**Capitolul II. Implicații helicobacteriene în gastropatii**

Confidențe (Nr. 2) .....	63
Cancerul gastric. Notițe de-ale gastroenterologului .....	66
Confidențe (Nr. 3) .....	77
Terapia infecției H.pylori: reactualizare și individualizare .....	80
MALT-limfomul gastric. Notițe de-ale gastroenterologului.....	98

**Capitolul III. Recunoașterea enteropatiei glutenice a adultului.****Redefinirea și reactualizarea unor boli intestinale funcționale**

Confidențe (Nr. 4) .....	109
Redefinirea și reactualizarea sindromului intestinului iritabil .....	112
Confidențe (Nr. 5) .....	125
Enteropatia glutenică a adultului. Atipism și acțiuni.....	127
Confidențe (Nr. 6) .....	139
Constipația cronică și melanosis coli.....	142

**Capitolul IV. Diareea aparent intractabilă**

Confidențe (Nr. 7) .....	157
Reactualizarea în screeningul și terapia colitei ulcerative.....	160
Diareea aparent intractabilă și colita microscopică .....	174

**Capitolul V. Percepții și dovezi în pancreatopatia cronică**

Confidențe (Nr. 8) .....	185
Tumorile neuroendocrine gastrointestinale. Notițe de-ale gastroenterologului .....	187
Confidențe (Nr. 9) .....	195
Pancreatopatia cronică: percepții și dovezi.....	197
<b>Considerații de final</b> .....	<b>211</b>

## PREFAȚĂ

O prefață poate servi unui număr mare de scopuri și nu a fost o sarcină ușoară să decid căruia dintre ele această prefață ar putea fi direcționată. Multe ar putea fi spuse, în primul rând servind drept tribut autorului. Paginile acestei cărți, de exemplu întruchipează un sentiment de căldură pentru bolnavi, precum și de înțelegere a acestora, rar – abordată în lumea tiparelor și cu atât mai mult într-un manual. Această caracteristică este atât de pervazivă încât infectează cititorul până în măsura în care acesta resimte niște sentimente de entuziasm.

Aceste remărci introductive servesc scopului de a orienta cititorul către bogata și variata acumulare de cunoștințe și organizarea sistematică a acesteia, găsită în aceste pagini. Indubitabil acest volum e rar între manualele de specialitate datorită scopului și complexității cu care numeroasele aspecte ale bolii sunt discutate, acest fapt va fi curând evident.

Manualul de față se vrea perceput ca o scriere nu numai de interes academic, ci și de interes funcțional, ziditor. Experiența autorului (clinică, științifică și didactică) a permis să identifice direcțiile necesare și clare pentru a interesa medicul practician chiar de la începutul scrierii respective, când trezește în mintea lui ideea unei posibile afecțiuni digestive, având în față chiar și unele simptome mai vagi sau a unor semne generale, la distanță sau nelămurite. Ulterior, este evidentă direcționarea medicului – cititor către selectarea adecvată a metodei de diagnostic care vor conduce la un diagnostic sigur, trecând și prin etapa raționamentelor de diagnostic diferențial pe care trebuie să le facă pentru a evita erorile de interpretare și pentru a întări diagnosticul pozitiv. Este binevenită abordarea diagnosticului clinic și terapeutic cu justificarea prin dovezile aduse de standardele și ghidurile internaționale și naționale de specialitate actualizate.

Abordarea integrală a pacientului și practicarea unei medicini personale sunt punctele nodale pe care autorul le evidențiază în acest manuscris. Accesul spre dimensiunea umană a pacientului, trecând prin cercetarea vieții lui cu subiectivitatea și organicitatea sa, punerea în evidență a particularităților fiecărui este evidentă în manualul respectiv, fapt care te intrigă și-i acreditează valoarea practică medicală.

O scriere concepută, cu un curaj, ce îmbină practica cu teoria, totodată nuanțînd periodic erori mici dar foarte importante. Ea nazuiește a da cititorului unele sugestii utile pentru practica sa medicală în desfășurarea sa până la identificarea bolii și a medicației adecvate. Cu un curaj plin de credință autorul aduce în fața cititorului pacientul prin felul lui de a fi, nu numai cu boala sa ci și cu viața sa.

Manuscrisul respectiv prezintă idei, dovezi și îndrumări pentru cei interesați să folosească cele mai recente progrese în cunoașterea patologiei digestive. O nouă abordare iese din experiență și experiment, în acest caz vorbim despre autorul implicat în articularea unui nou mod de înțelegere a misiunii sale. O carte optimistă înaintată de autor ca o modalitate promițătoare de a face față provocărilor unei noi ere în medicină.

**Valeriu RUDIC,**

*Academician*

*al Academiei de Științe a Moldovei*



## DESPRE CE SCRUI?

Eu iubesc cărțile. „*Biblioteca a fost pasiunea mea de când mă știu. Cărțile au fost hrana mea de toate zilele, respirația mea. Fără cărți viața mi se pare fără sens. Trăiesc pentru fiecare carte, veche sau nouă. Cartea mi se pare a fi mijlocul cel mai puternic de a ne reține încă pe pământ*”. Î.P.S. Antonie Plămădeală. Mitropolit al Ardealului, Crișanei



și Maramureșului. Este un mesaj care mă caracterizează totalmente.

Scrierea de față este o continuare a visului meu de a deveni autor, un vis ascuns într-un loc sigur încă din copilărie. După ce am citit toate cărțile din biblioteca din satul meu de baștină, apoi le-am răsfoit și pe celelalte toate din satul vecin am știut că vreau să fiu autor și doctor. Educația și aspirațiile mele erau dedicate acestor două domenii. Cariera mea medicală mi-a permis să-mi termin doctoratul în boli interne (hepatologie și gastroenterologie) și mai târziu să predau această disciplină la Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Moldova. În timp ce-mi urmam și continui să urmez cu pasiune cariera mea medicală, am scris și scriu, de asemenea, numeroase articole, ghiduri, protocoale și capitole în manuale medicale precum și diverse articole despre sănătate pentru publicul larg. Eforturile mele de scriere medicală au intenția de a încuraja cititorii-mediciniști în luarea unor decizii bune în ceea ce privește sănătatea, siguranța și responsabilitatea morală față de pacient.

Scriu altfel decât sunt regulile. Încerc să-mi exprim liber propria viziune asupra efectuării actului medical. De Bono E scria în 1976 că „deosebirea dintre gândirea standard și cea nestandard constă în faptul

că în gândirea standard logica direcționează mintea, iar în gândirea nestandard logica doar o deservește”. Cartea mea anterioară „Hepatopatii nonvirale. Reflecții și Percepții” s-a epuizat rapid, iar după unele sondaje a fost evaluată drept cea mai cerută carte medicală printre medicii de familie și medicii – rezidenți în anul 2016. Așa că aceasta a servit ca o încurajare pentru mine să-mi continui experiența de scriere, cu atât mai mult că aceste concepte erau de mult în mintea mea. Sursa scrierilor mele, poate să vină de oriunde – adesea chiar de la pacient, uneori din conversațiile intercolegiale despre un „caz” (ca relație clinică, diagnostic, tratament, rezultat așteptat) sau poate proveni dintr-o cercetare informală, clinică, bazată pe dovezi științifice. „Eu sunt „scris” la fel cât de mult scriu...”

Scriu să mă aud și să împărtășesc cu ceilalți ceea ce aud... spunea Howard F. Stein, profesor emerit de la Universitatea din Oklahoma. Scriu chiar dacă progresele importante în tehnologiile de comunicare din ultimii ani au condus la schimbări majore în percepția unei cărți. În pofida accesului rapid la orice informație medicală prin mijloace de comunicare, obiceiul de a lua cartea în mână, și de o lectură încă este menținut, cel puțin pentru mine și familia mea. Pe de o parte, avem posibilitatea de a avea sute de telefoane mobile sau calculatoare portabile la îndemână, în timp ce pe de altă parte, cărțile își iau locul potrivit alături de noi pe rafturile de cărți. Astăzi sunt multe cărți medicale foarte bune, dar sper că și scrierile mele vor avea un loc anume în inima cititorului. Scriu și public pentru a da voce ideilor mele, teoriei și perspectivelor, scriu unui cititor real dintr-o lume reală sau poate unui cititor imaginar dintr-o lume imaginară. Acestea sunt câțiva pași mici pentru a face lumea medicală un loc mai bun. Sunt onorată că acest vis sa devină realitate și voi continua să lucrez și să creez cu motivație și inspirație.

## PENTRU CE SCRIU?

Wilke E. și Dietze F. (1975) scriau într-un reviu literar că în următoarele decenii gastroenterologii vor trebui să atragă atenția la șase grupe de nosologii: tumorile, bolile inflamatorii intestinale, colita ischemică, afecțiunile medicamentos-induse și bolile autoimune. Și astăzi, se păstrează aceste categorii menționate anterior, fiind suplimentate cu bolile neurogastrointestinale – o dimensiune medicală ce se întărește în gastroenterologia actuală.

Bolile digestive sunt într-o continuie creștere, fenomen dependent nu numai de medicina ca atare, cât și de factorii sociali de viață și relația omului cu sănătatea proprie. Tendința sporirii prevalenței bolilor digestive este în relație cu acțiunea defavorizantă a factorilor de mediu: alergizarea sau stresul, capacitatea sistemului de apărare a omului contemporan, toatădata sa menționăm și ameliorarea posibilităților sau metodelor de diagnostic mai performante și cu specificitatea înaltă contribuind la sporirea depistării acestor boli. Mai este vorba și de așa – numitul efectul „foarfecelor” – efect obținut dintre ceea ce oamenii cunosc și ceea ce fac pentru prevenirea bolilor.

Nu putem să vorbim despre medicină în afara timpului, precum și bolnavul nu poate fi privit independent de timp. Astfel, bolnavul gastroenterologic contemporan prezintă un tablou clinic, în mare parte ieșit din tiparul clasic. Deseori, dimensiunea psihologică al pacientului va dicta boala, mai bine zis este în creștere așa numitul fenomen de psihosomatizare. Astăzi se identifică careva particularități ale psihicului omului, cum ar fi: odată cu sporirea informării, paralel se micșorează nivelul culturii și înțelegerții, supraestimarea sa în înțelegerea medicinei, un interes sporit pentru paramedicină sau administrarea de sine-stătător a medicamentelor (care pot fi cumpărate oricând, în lipsa prescrierii medicului). Totodată pacientul de azi recunoaște importanța prevenirii bolii, dar care cu regret rămâne doar la nivel de informație, nefiind aplicat în viața cotidiană.

Este bine cunoscut faptul că tulburările gastrointestinale sunt frecvente în practica generală, iar medicul de familie are un rol central în diagnosticarea și gestionarea acestor probleme în cadrul sistemului de îngrijire primară. Deși sunt disponibile standarde naționale și internaționale adecvate bazate pe dovezi, un număr considerabil de specialiști nu le urmăresc în mod obișnuit. Această publicație revizuieste o gamă largă de nosologii gastrointestinale direcționând spre conștientizarea și aplicarea standardelor în practica medicului de familie și gastroenterologului.

Chiar dacă sunt diseminate în lumea medicală diverse ghiduri internaționale și naționale cu privire la diagnosticarea și supravegherea pacienților cu diferite boli digestive: ale esofagului, stomacului, intestinului, pancreasului și ficatului, totuși se observă unele lacune în evaluarea acestor pacienți atât la nivel de asistență primară cât și la nivel de asistență specializată. Spre exemplu, standard-ul privind infecția cu *H. pylori*, care au fost diseminate de mai mult de 15 ani printre medicii de familie recomandă ca majoritatea pacienților cu simptome dispeptice recurente să fie testate și tratate pentru *H. pylori*. Cu toate acestea, se pare că există un tratament inadecvat al infecției cu *H. pylori* și o rată scăzută de retestare după eradicare, indicând faptul că protocoalele-standard nu sunt bine implementate în practică. Așa cum am menționat anterior, prescrierea inadecvată a IPP-urilor este o problemă de îngrijorare. Având în vedere că utilizarea inutilă a IPP poate provoca daune potențiale (inclusiv pneumonie, fracturi, infecție enterică și malabsorbție) și interacțiuni farmacologice mai ales la persoanele în etate, aici rolul medicului de asistență primară și specialistului este esențial în încercarea de a raționaliza utilizarea IPP și de a reduce cheltuielile. Aș sugera ca programele educaționale să se concentreze asupra managementului optim al infecției cu *H. pylori* în paralel cu utilizarea adecvată a IPP-urilor, astfel vor fi foarte utile în îmbunătățirea calității îngrijirii la pacienții cu boli digestive. Exemple care evidențiază unele omiteri în conduita medicului de asistență primară sau specialist cu pacientul suferind de afecțiuni digestive (cred nu din neglijență)

sunt multiple, iar recunoașterea lor ar fi un pas spre înlăturare. Și deci, specialiștii gastroenterologi, precum și non-specialiștii au datoria de a-și reactualiza practicile și abilităților profesionale, trebuie să se familiarizeze cu standardele și protocoalele internaționale sau regionale și trebuie să posede capacitatea de a citi prin prizma analizei critice, selectând recomandările adecvate timpului și locului (adaptate unui context local), dintre numeroasele publicații, uneori contradictorii. Deasemenea sunt necesare eforturi suplimentare pentru implementarea adecvată în practica clinică a acestor recomandări.

Conlucrarea multidisciplinară este binevenită în orice profil medical și mai ales cel gastroenterologic. Deseori, această interrelație gastroenterolog-nongastroenterolog nu se întâmplă, fapt ce până la urmă atinge pacientul. Așa că, dacă pacientul prezintă astenie neurofizică, scădere ponderală, excitabilitate endocrinologică va sugera hipertiroidia, neurologul va pleda pentru neuroză, gastroenterologul va atribui simptomatologia unei boli digestive, oncologul – tumorii, iar infecționistul va căuta să excludă HIV-infecția. Iar abordarea în comun a acestui pacient poate identifica timpuriu și corect patologia.

Tehnologizarea metodelor de diagnostic atinge astăzi un nivel atât de înalt, încât este practic ‘imposibil’ să accepți un om sănătos. Sunt publicații care relevă circa 50% din populație prezintă careva semne clinice de boală, alții 25% – abnormalități de laborator, iar ceilalți 25% – modificări la examenele imagistice.

În manualul de față au fost analizate și reflectate ghidurile internaționale recente cu privire la bolile digestive, care de fapt ne orientează spre standardizarea evaluării pacientului. Cred în eficiența ghidurilor-standard în practica medicală, deși sunt convinsă că specialistul nu ar trebui să se îndăpărteze de gândirea clinică asupra pacientului. Criteriile și indicațiile reflectate în ghiduri unifică sistemul de abordare în ansamblu a pacientului, iar prin adoptarea unei conduite individualizate pui în evidență pacientul concret cu statusul său medical și social unic. Totodată aplicabilitatea ghidurilor – standard în practica clinică este importantă, iar aderența specialiștilor la standard va influența calitate

supravegherii pacientului. Spre exemplu, în esofagul Barrett aderența la ghidurile de biopsie este de circa 50% (nu se practică cele patru biopsii esofagiene) ce se va reflecta ulterior în monitorizarea pacientului care depinde de calitatea biopsierii sau descrierea histopatologică și definirea gradului displaziei. Alt exemplu ar fi, durata evaluării prin colonoscopie, care trebuie să fie mai mare pentru o explorare detaliată a colonului, iar durata endoscopiei digestive superioare corelează direct cu detectarea leziunilor și calitatea vizualizării.

Un rol important în formarea bolnavului contemporan este și potențialul industriei farmaceutice (utilizarea incorectă a medicamentelor va influența rezistența organismului), îmbătrânirea populației, modificarea reactivității organismului, toți acești factori sunt atribuiți modificărilor evoluției bolilor “standard-evolutive”. Erorile în diagnostic nu vor fi determinate de bolile rare, mai frecvent se vor omite bolile frecvente, care evoluează cu simptomă atipică. Astfel, statutul de boală rară nu se răsfrânge pe boala rar-diagnosticată.

De aceea, trebuie să găsim strategii și metodologii în practica medicală care să redea corect observațiile și gândurile noastre, iar stabilirea diagnosticului se vrea ca un proces creativ la care să participe specialistul atât prin investigarea etapizată a pacientului, depășind îndoielile și erorile, în acest fel conturându-se capacitatea de a căuta adevărul. Evitarea principiului încercării în situația când nu se poate stabili diagnosticul, fiind o experiență prea costisitoare și traumatizantă va face apel la abordarea de echipă (sau multidisciplinară) a pacientului.

Sper că această carte va fi citită pe scară largă. Dacă trebuie să evităm greșelile din trecut, atunci trebuie să schimbăm direcția și să începem să beneficiem de baza de cunoștințe și dovezi creată de oamenii de știință. Acum este momentul potrivit.

*octombrie 2017*

## **SELF-MANAGEMENTUL ÎN BOLILE DIGESTIVE – O NECESITATE SAU UN MOFT?**

Am să mă rețin cu câteva fraze la acest subiect, care după părerea mea ar trebui să se disemineze printre medicii din țara noastră, fiind o dimensiune medicală actuală și cu eficiență implicată în alte țări. Self-Managementul sau auto-îngrijirea se referă la pacientul cronic care are capacitatea și abilitatea de a se implica activ în managementul bolii sale. Pacienții cu afecțiuni digestive cronice au adesea nevoie de educație, instruire, antrenare și alte intervenții pentru ai ajuta să-și câștige încrederea, cunoștințele, abilitățile și motivația pentru a gestiona impactul fizic, social și emoțional al bolii lor. Furnizarea acestei asistențe de către personalul medical este cunoscută sub denumirea de sprijin pentru auto-îngrijire sau Self-management.

Self-managementul poate fi definit ca fiind abilitatea individului de a-și gestiona simptomele, tratamentul îndelungat, consecințele fizice și psihosociale rezultante, precum și schimbările inevitabile ale stilului de viață, inerente trăirii cu o afecțiune cronică. Thomas Bodenheimer, Halsted Holman, Kate Lorig au elaborat un program de auto-gestionare a bolilor cronice (Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care, 2002) bazat pe teoria auto-eficacității care este un factor determinant al schimbării comportamentale.

Sel-Managementul este aplicabil în mare parte la pacienții cu boli cronice. Afecțiunile cronice sunt definite de Organizația Mondială a Sănătății ca având una sau mai multe dintre următoarele caracteristici: sunt permanente, prezintă dizabilități reziduale, sunt cauzate de alterarea patologică ireversibilă, necesită o pregătire specială a pacientului pentru reabilitare sau este de așteptat să necesite o perioadă lungă de supraveghere și îngrijire (World Health Organization. Global Health Observatory: Noncommunicable diseases; 2011). Self-managementul în bolile cronice este un parteneriat între un pacient informat, familia

pacientului și profesioniștii din domeniul sănătății care au grijă de pacient. Informațiile disponibile din diverse surse: (cărți pentru pacient, materiale educative, internet-ul, telemedicina) pot permite pacientului să devină un partener activ în procesul de luare a deciziilor și de îngrijire. Încorporarea e-mail-ului ca o opțiune pentru comunicarea cu pacientul este tot mai larg răspândită în timpurile de astăzi, ca argumente fiind economisirea timpului, oferând medicului o mai bună documentare și îi permite să se ocupe de mai mulți pacienți odată, precum și faptul că mesajele electronice pot fi schimbate la comoditatea pacientului și a medicului (Jill M Plevinsky, Rachel N Greenley, Laurie N Fishman *Self-management in patients with inflammatory bowel disease: strategies, outcomes, and integration into clinical care*, 2016). Deasemenea sunt publicații despre aplicabilitatea telefoanelor mobile (tehnologie familiară adulților tineri) ca oportunitate de a explora self-managementul ca un nou model de livrare a îngrijirii medicale pentru bolile inflamatorii intestinale (Con D., DeCruz P. *Mobile Phone Apps for Inflammatory Bowel Disease Self-Management: A Systematic Assessment of Content and Tools* 2016).

Deși există dovezi pentru eficacitatea Self-managementului, implicarea medicilor din țara noastră este limitată. Astfel de intervenții au arătat promisiuni în unele condiții cronice, cum ar fi insuficiența renală și artrita reumatoidă, diabetul zaharat și astmul bronșic, insuficiența cardiacă și bronhopneumopatia obstructivă și al., în ceea ce privește bolile cronice digestive nu sunt privilegiate de astfel de măsuri terapeutice.

Cercetările recente evaluează eficacitatea Self-Managementului în bolile hepatice cronice, precum și în cele intestinale. Astfel, Parisa Mansouri et al. prezintă într-o publicație de specialitate din 2017 (despre rezultatele unui studiu dedicat Self-Managementului la pacienții cu ciroză hepatică (*The effect of Self-Management Training on Self-Efficacy of Cirrhotic Patients Referring to Transplantation Center of Nemazez Hospital: A Randomized Controlled Clinical Trial*). În cadrul studiului (trial randomizat) au fost evaluați 80 de pacienți cu ciroză hepatică, ce se aflau în așteptarea transplantului hepatic. A fost organizat un trai-



ning de gestiune, prin șase sesiuni de 90 de minute organizate de două ori pe săptămână. În primele trei sesiuni, pacienții au primit informațiile necesare despre boala lor (natura cirozei, dietă și medicamente). În celelalte două sesiuni, ei s-au familiarizat cu rezolvarea problemelor, luarea deciziilor, tehnicile cognitiv-comportamentale și împuternicirea atitudinii pozitive. În timpul acestor sesiuni, au fost prezentate câteva exemple. Apoi, pacienții au fost încurajați să își exprime experiențele și emoțiile legate de boală. Între timp, erorile lor cognitive au fost determinate și discutate. Este necesar să menționăm că 15 minute din fiecare sesiune au fost alocate trainingului și efectuării unor metode de relaxare. CD-urile de relaxare musculară au fost, de asemenea, pregătite și repatizate pacienților. Lecțiile au fost ținute ținând seama de convingerile culturale ale pacienților, de interesele anterioare și de nivelurile de cunoștințe. Conținutul educațional a fost exprimat printr-un limbaj simplu, iar unul dintre membrii familiei a pacienților a fost angajat pentru facilitarea instruirii. Intervenția educațională a fost realizată prin prelegere, discuții de grup și metode de întrebare și răspuns. În plus, procesul de învățare a fost facilitat de ajutorul didactic, cum ar fi Power-Point, fotografii și broșuri. Grupul de control, pe de altă parte, a primit îngrijirea de rutină fără intervenții, dar a primit o broșură educațională după intervenție. C-am astfel, ar fi metoda de aranjament pentru instruirea pacientului cronic. Constatările studiului respectiv au arătat că antrenamentul de auto-gestionare a îmbunătățit auto-eficacitatea pacienților cu ciroză hepatică. În consecință, formarea în domeniul auto-managementului a avut un impact pozitiv asupra reducerii problemelor fizice, mentale și sociale ale pacienților.

Sunt apariții recente și implicări practice în mai multe țări dezvoltate în ceea ce privește Self-Managementul în bolile inflamatorii intestinale (IBD Self-Management: The AGA Guide to Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, 2010, Telemedicine for Chronic Digestive Diseases: A Systematic Qualitative Review by Raymond Cross and Sandra Quezada, 2011, Con D, Jackson B, Gray K, De Cruz P eHealth for inflammatory bowel disease self-management – the patient perspective.

2017), precum și în sindromul intestinului iritabil (Donnovan E., et al. A Patient-Centered Approach to Developing a Mobile-Based Self-Management Intervention, Featuring a Virtual Coach, for Adolescents With Irritable Bowel Syndrome, 2016) care sugerează că aceasta ar fi o metodă alternativă de monitorizare / tratament care poate îmbunătăți rezultatele clinice, reduce timpul de inițiere a tratamentului, crește accesul pacienților la tratament, îmbunătățește educația pacientului și reduce costurile de îngrijire a sănătății pacientului. Este o metodă fezabilă și bine acceptată în rândul pacienților digestivi sporindu-le sentimentul de a se simți „important” în actul medical, de a-și respecta „împuțnericirile”. Sunt relevante și cercetările în Self-Managementul constipației cronice, mai ales la pacienții canceroși, la care constipația poate fi un efect advers al chimioterapiei (Hanai A, Ishiguro H, et. Al. Effects of a self-management program on antiemetic-induced constipation during chemotherapy among breast cancer patients: a randomized controlled clinical trial, 2015).

Ca parte a acestui tip de auto-îngrijire se identifică educația stilului de viață în timpul tratamentului pentru cancer care pare a fi importantă pentru a minimiza constipația indusă de antiemetice.



Nivelurile de asistență medicală adaptate necesităților de îngrijire ale pacienților cu afecțiuni cronice

Îngrijirea pacienților cu boli digestive cronice este complexă și trebuie susținută de o abordare sistematică a auto-educării pacientului, managementului corect informațional și a conlucrării în echipă multidisciplinară.

Prin urmare, este esențial ca acești pacienți să se implice în gestionarea continuă, în special supravegherea pentru depistarea precoce a complicațiilor (ascitei, cancerului hepatic, acutizării colitei etc.) deoarece acestea sunt privite ca metode primare de reducere a mortalității. O astfel de implicare a pacienților depinde de înțelegerea suficientă a stării și a managementului lor, astfel ca să participe activ la îngrijire și să ia decizii. În prezent, totuși, înțelegerea pacientului poate fi limitată. Motivele includ timpul disponibil pentru consilierea în timpul consultărilor clinice și calitatea variabilă a resurselor educaționale, cum ar fi site-urile Web și pliantele informative. Educația pacientului a fost recent identificată ca o necesitate cheie nesatisfăcută în îngrijirea de susținere a pacienților cu boală hepatică sau gastrointestinală cronică.

Pentru răspândirea largă a Self-Managementului este necesară o abordare sistemică mai largă, care să includă o abordare interprofesională, o serie de opțiuni de sprijin pentru auto-gestionare, formarea personalului medical și asistenților medicali (perceperea unor modele noi de îngrijire medicală integrată primară) și schimbări în organizarea serviciilor medicale, precum și modul în care acestea se raportează unul față de celălalt.

Aparent este argumentat Self-Managementul în bolile digestive cronice, fiind în beneficiul pacienților (argumentat în colita ulcerativă, boala Crohn, sindromul intestinului iritabil). Cu toate acestea, studiile sunt limitate ca insuficiență metodologică, în plus, fezabilitatea în practica clinică "reală" este incertă. Deaceia în prezentul și viitorul medical apropiat, se impune dezvoltarea și studierea intervențiilor practice de self-management care vor putea fi aplicate în diferitele condiții clinice bine concepute.

**Referințe bibliografice:**

1. Akiko Hanai, Hiroshi Ishiguro, Takashi Sozu, Moe Tsuda, Hidenori Arai, Akira Mitani, and Tadao Tsuboyama Effects of a self-management program on anti-emetic-induced constipation during chemotherapy among breast cancer patients: a randomized controlled clinical trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2016; 155: 99–107.
2. Alan J. Wigg, Mohamed A. Chinnaratha, Rachel Wundke, Michael L. Volk A Chronic Disease Management Model for Chronic Liver Failure. *HEPATOLOGY*, February 2015, pg 725-30
3. Elkjaer M. E-health: Web-guided therapy and disease self-management in ulcerative colitis. Impact on disease outcome, quality of life and compliance. *Dan Med J.* 2012 Jul;59(7):B4478.
4. Dorn S.D. Systematic review: self-management support interventions for irritable bowel syndrome *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32: 513–521
5. Helene Nordahl Christensena, Urban Olsson, Jesper Froma, Harald Breivik Opioid-induced constipation, use of laxatives, and health-related quality of life. *Scandinavian Journal of Pain* 11 (2016) 104–110.
6. Hazel Everitt, Sabine Landau, Paul Little, Felicity L Bishop, Paul McCrone, Gilly O'Reilly, Nicholas Coleman, Robert Logan, Trudie Chalder, Rona Moss-Morris Assessing Cognitive behavioural Therapy in Irritable Bowel (ACTIB): protocol for a randomised controlled trial of clinical-effectiveness and cost-effectiveness of therapist delivered cognitive behavioural therapy and web-based self-management in irritable bowel syndrome in adults. *BMJ Open* 2015;5 pg 1-15
7. Jill M Plevinsky, Rachel N Greenley, Laurie N Fishman Self-management in patients with inflammatory bowel disease: strategies, outcomes, and integration into clinical care *Clin Exp Gastroenterol.* 2016; 9: 259–267.
8. Zia JK1, Barney P2, Cain KC2, Jarrett ME2, Heitkemper MM2. A Comprehensive Self-Management Irritable Bowel Syndrome Program Produces Sustainable Changes in Behavior After 1 Year. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016 Feb;14(2):212-9
9. Wenhong Xu, MN, RN, Changxian Sun, MN, Zheng Lin, MN, RN, corresponding author Lin Lin, PhD, Meifeng Wang, BN, RN, Hongjie Zhang, PhD, and Yulei Song, MN, RN Evaluation of a Self-Management Program for Gastroesophageal Reflux Disease in China. *Gastroenterol Nurs.* 2016 Sep; 39(5): 385–396.

## *CAPITOLUL I*

### **Fenomenologia bolii de reflux gastroesofagian**

#### **Obiectivele acestui compartiment:**

- ✓ Să cunoaștem pacientul cu boală de reflux gastroesofagian
- ✓ Să stabilim categoriile de pacienți care necesită endoscopia digestivă superioară în boala de reflux gastroesofagian
- ✓ Să revedem indicațiile pentru biopsia esofagiană și să identificăm „esofagita microscopică”
- ✓ Să recunoaștem refluxul gastroesofagian refractar și eșecul terapeutic la IPP
- ✓ Să stabilim scheme terapeutice eficiente în eșecul terapeutic la IPP
- ✓ Să definim esofagul Barrett
- ✓ Să reactualizăm managementul esofagului Barrett prin Standardele de screening, tratament și supraveghere

*Omul care crede că folositor e numai ceea ce vrea el, nu-i un bun judecător,  
ci se aseamănă cu orbul care conduce pe orbi.  
(Sf. Vasile cel Mare)*

### **Confidențe (Nr.1)**

– Am o senzație de arsură în piept, în special după luarea mesei, care durează practic toată ziua, cu mici ameliorări după ce beau apă, iar uneori apar recurgitații acide, relatează pacienta. Era o femeie de 43 ani, de statură mijlocie, cu părul blond, cu un chip cam aspru și un fel de aroganță. Fața era completată de niște ochi negri adânci și scântietori, iar privirea-i ușor trufașă o completa. Era îmbracată curat, asortarea dintre haine și accesorii se făcea remarcată.

– Nu a-ți scăzut în greutate, nu s-a modificat pofta de mincare? – întreabă Doctorul pacienta, care la rândul său negă vreo schimbare în comportamentul său alimentar, menționând că păstrează trei-patru mese principale pe zi (deși cina este principala masă), și precum că este plinuță din adolescență semănându-i mamei sale.

– Când au apărut pentru prima oară aceste simptome?

– C-am de vre-o cinci ani mă deranjează această arsură în piept, dar era mai rară, și după administrare de Omeprazol (il administram doar când era prezent simptomul) se ameliorea situația, dar de vreo jumătate de an, nimic nu mă ajută, iar arsura este tot mai frecventă.

– Văd că ave-ți vocea răgușită, când a apărut această schimbare și cum o explica-ți? – întreabă Doctorul, fixând-o dintr-o pereche de ochelari, cu ochii săi albaștri, profunzi și gânditori.

– Păi, tot cam de vre-o 6 luni a apărut, inițial am gândit că am răcit, am fost la specialistul otorinolaringolog, care mi-a spus despre o amigdalită cronică și după terapia recomandată vocea a rămas la fel de răgușită.

C-am așa fel de conversație se petrecea între pacient și Doctor, în timp ce Doctorul deja își schițase un diagnostic preventiv și își făcea un plan de acțiuni. A concretizat, dacă cineva din familie a fost (sau este)

*bolnav de vreo maladie, dacă nu prezintă alergii, dacă mai suferă de careva comorbidități pacienta, precum și ce lucrează, dacă este căsătorită și are copii. Pacienta fiind căsătorită, cu 2 copii sănătoși a punctat despre prezența hipertensiunii arteriale la mamă, lipsa comorbidităților, nu fumează și nu administrează alcool în exces. Pe durata acestor relatări pacienta a mai vorbit și despre viața personală, care după părerea ei este una reușită (vorbea despre o copilărie imaculată, despre căsătoria și traiul ei cu un soț ca toți soții, despre niște copii buni și despre o profesie care-i place, activând ca funcționar public de vreo 20 de ani). A menționat despre două situații de stres psihologic majore în ultima jumătate de an, fiind decesul tatălui (subit, suferise infarct miocardic) și a fratelui (accident rutier). Odată, fiind spuse acestea, Doctorul și-a dat seama despre statusul social și medical al pacientei, care vor fi relevante în evaluarea ulterioară.*

*La un examen obiectiv amănunțit s-a observat prezența obezității abdominale (circumferința abdominală – 96 cm). Din partea sistemului respirator, cardiovascular și renal – nu au fost depistate careva modificări. Examinarea sistemului digestiv a relevat: la palparea abdomenului se determina o durere de intensitate medie în zona epigastrală, percuția și palparea ficatului, splinei – nu a identificat aspecte patologice.*

*Astfel, la finele acestui examen Doctorul stabilise Boala de reflux gastroesofagian. Acest diagnostic a fost fundamentat de simptomele clasice cum ar fi: arsura retrosternală însoțită de recurgitațiile acide și de vocea răgușită, pe un istoric îndelungat și cu evoluție progresivă a bolii în prezența obezității abdominale.*

*– Nu ave-ți careva investigații anterioare?*

*– Am o analiză de sânge, răspunde pacienta în timp ce căuta printr-o gentuță de o culoare albastru – senin (asortată cu cureaua de la cămașa-i de o croială elegantă) și odată gasit buletinul de analize îl prezintă Doctorului.*

*Era o analiză de sânge efectuată cu un an în urmă, care releva o anemie ușoară și un VSH sporit (20 mm/oră). Alte investigații pacienta nu a prezentat. A fost efectuată endoscopia digestivă superioară.*

**Concluzia:** *Boala de reflux gastroesofagian. Esofagita erozivă de reflux, gr. B (Los.Angeles).*

– *Ce-mi recomanda-ți acum? Auzisem că trebuie să evit multe din alimentele care le folosesc în fiecare zi, am mai auzit și că nu trebuie să beau cafea, vin, alcool, iar colega de serviciu mi-a spus că foarte bine ajuta infuzia de romaniță și păducel. Să vă mai spun că timp de 2 săptămâni beau această infuzie și administrez tinctură de valeriană. Da, mai citisem că așa semne pot să fie în cancer. Trebuie să mă cercetez pentru această boala. Pacienta vorbea, iar ochii săi negri priveau de pe fața cu o expresie neîncrezătoare, parcă obosită, totodată cu un aer de curiozitate politicoasă. Cât vorbea își trăgea umerii spre spate menținându-și o poziție “de drepți” asemănător militarilor.*

– *Înțeleg că sunteți informată despre multe subtilități medicale. Prin endoscopia digestivă am stabilit definitiv boala de care suferiți, și am exclus cancerul digestiv. Boala de reflux gastroesofagian în timp se poate complica cu cancer esofagian, deaceia tratamentul este necesar, precum și monitorizarea ulterioară. Pentru suferința dumitale este soluție (în orice caz ajută circa 70-80% dintre pacienți). Vom combina regimul alimentar (cu atât mai mult ca suferiți și de obezitate abdominală) cu administrarea de inhibitorii ai pompei de protoni.*

*Pacienta a fost evaluată prin standard-ul biochimic și hematologic, astfel depistându-se o anemie ușoară fierodeficitară, iar testele biochimice nu au relevat careva modificări patologice.*

*La etapa respectivă Doctorului îi rămânea să recomande pacientei soluții pentru rezolvarea bolii, prin intermediul regimului alimentar și strategiei medicamentoase. Pacientei s-a recomandat:*

*\*Regim alimentar, cu conținut redus de grăsimi și mese cantitativ micșorate, ultima masă fiind recomandată cu 3 ore înainte de culcare.*

*\*Terapia medicamentoasă a fost constituită din Pantoprazol 40 mg dimineața cu 30-40 minute înaintea mesei, cu durata de 8 săptămâni combinat cu un citoroprotector esofago-gastric o doză la amiază (peste 1 oră de la luarea mesei) și una seara înainte de culcare.*

– *La revedere, zise pacienta ieșind din oficiul medicului, gândindu-*



se că ar fi bine să-i ajute terapia recomandată de Doctor, care pare a fi un bun specialist. Femeia se simțea însuflețită să-și schimbe modul de viață, prin modificarea comportamentului alimentar, care de fapt, consta din patru mese, iar cea mai mare cantitate revenea cinei. Cina era sfântă pentru ea, fiind unica dată-n zi când se strâneau toți ai casei la masă. Era plăcerea ei să-și demonstreze iscusința de gospodină în fața celorlalți, pregătind bucatele gustoase, ținând cont de plăcerile fiecăruia.

– Mergi cu sănătate Doamnă, zise Doctorul la ieșirea femeiei, gândindu-se că totul va fi bine cu această pacientă, dacă va fi complianță și-i va urma sfaturile. Boala de reflux gastroesofagian era una din frecventele boli cu care se întâlnea, cunoștea cele mai noi și actuale metode terapeutice, și totuși observase că nu toți pacienții se tratau după terapia recomandată. Mai era și refluxul refractar, care se întâlnea la o parte dintre pacienți. Mai era și dependența de medicamente antisecretorii. Fiind chemat, pentru un consiliu medical, Doctorul plecă din oficiu cu binecunoscuta frază a sa „vom trăi și vom vedea”.

...Grăbindu-și pasul și păstrându-și gândul de a-și modifica viața cumva, mai ales acum când copiii deja au părăsit-o pentru învățătură undeva prin Europa de Vest, se pomeni la poarta de ieșire. Trecu prin fața bisericiței, parcă special așezată în acel loc, treceai pe lângă ea și la intrarea și la ieșirea din spital, fapt care te facea să-ți aduci aminte de bunul și unicul Dumnezeu, care te aude, te înțelege și te salvează. Niciodată nu este târziu. Bisericuța mică, ordonată care parcă te chema să treci pe acolo, să-i vezi interiorul, să-ți găsești alinarea sau să-ți împărtășești bucuria. Era un loc sfânt care primea pe oricine, pe pacient dar și pe Doctor. Își adusese aminte că de multă vreme nu mai trecuse prin biserică, nu a mai vorbit cu un duhovnic. Simțise că avea această nevoie sufletească...

Peste 2 luni după vizita medicală pacienta a revenit în atenția Doctorului relatând despre ameliorarea stării, cu regresia simptomaticei de arsura retrosternală și voce răgușită, periodic totuși prezentând erucții și regurgitații acide.

– Știți, mă simt bine, am refăcut regimul alimentar, la început soțul era rezistent, dar cu răbdarea mea și supunerea lui, am trecut ambii la un alt fel de alimentație, cina fiind pe la ora șapte seara. Eu am slăbit 3 kg, soțul a slăbit și el, spre bucuria mea, cu 5 kg. Vreau să vă zic ne simțim parcă mai tineri, deși toți din jur ne întrebă dacă nu cumva suferim de ceva. Vă mulțumesc!

– Bine, că sunteți bine. Este un merit și al Dumitale, fără voința căreia nu am fi reușit acest rezultat. Totuși, prezența unor simptome de reflux mă fac să vă mai recomand prelungirea tratamentului, așa numita terapie “on demand” (sau la necesitate) cu Dexlansoprazol 30 mg odată per zi la apariția simptomelor. Vă aștept la vizita următoare, peste 6 luni.

Cazul respectiv, releva boala de reflux gastroesofagian clasică, cu debut simptomatic și evoluție tipică. Eficacitatea terapeutică în boala de reflux gastroesofagian este înaltă, mai mult de 60%. Totuși, suntem martorii unor eșecuri terapeutice, astfel în peste 30% de cazuri nu avem un răspuns satisfăcător la terapia standard, definindu-se ca reflux gastroesofagian refractar.