

IX Українська гастроентерологічна тиждень: нові можливості в лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту

29–30 вересня 2016 г. в Харкові пройшла Науково-практична конференція з міжнародним участю «IX Українська гастроентерологічна тиждень». Організаторами заходу виступили Общественна організація «Українська гастроентерологічна асоціація» разом з Міністерством охорони здоров'я України, Національною академією медичних наук (НАМН) України, Харківським національним медичним університетом, ГУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації. Програма конференції включила широкий спектр обговорюваних питань. В час пленарних і секційних засідань, сателітних симпозиумів виступили українські і зарубіжні гастроентерологи представили доповіді, присвячені сучасним можливостям діагностики, лікування і профілактики функціональних і кислотозалежних захворювань шлунково-кишкового тракту, печінки, кишечника, приділили увагу актуальним проблемам панкреатології.



Открываючи торжественну частину заходу, **Галина Сироштан**, виконуюча обов'язки директора Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, підкреслила, що IX Українська гастроентерологічна тиждень — знакове подія в медичній галузі не тільки Харківської області, але й всієї України. Вона висловила впевненість, що в час конференції практикуючі гастроентерологи і сімейні лікарі отримують нові знання, які допоможуть підвищити якість медичної допомоги населенню.



Професор **Валерій Мясодов**, проректор з наукової роботи Харківського національного медичного університету, відзначив, що проведення форуму дійсно є науково-практичним, оскільки в аудиторії були присутні найкращі представники гастроентерологічної науки — академічної і університетської, вчені і молоді вчені, студенти і лікарі, представники органів влади і бізнесу. Все це, за словами В. Мясодова, визначає успішність даного заходу. Він побажав всім учасникам конференції плідної роботи, інноваційних підходів до вирішення традиційних питань і досягнення поставлених цілей.

В продовження роботи конференції професор **Олег Бабак**, президент Обще-

ственной організації «Українська гастроентерологічна асоціація», завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету, представив звіт про діяльність асоціації. Професор **Наталья Харченко**, член-кореспондент НАМН України, головний зовнішній спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України за спеціальністю «Гастроентерологія», завідувача кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, розповіла про стан і перспективи розвитку гастроентерологічної служби в Україні.



Большу зацікавленість учасників конференції викликав сателітний симпозиум «Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту», в час якого доповідачі ознайомили слухачів з новими положеннями Римських критеріїв (РК) IV, що стосуються питань діагностики і терапії функціональної патології. Так, **Сергей Ткач**, професор кафедри факультетської терапії № 1 з курсом післядипломної підготовки по гастроентерології і ендоскопії Національного медичного університету імені А.А. Богомольца, приділив увагу сучасним підходам до діагностики і лікування функціональних гастроінтестинальних розладів. Він нагадав, що в час даного захворювання розглядають як найбільш поширену патологію шлунково-кишкового тракту (ЖКТ), в основі якої — комбіновані морфологічні і фізіологічні відхилення, пов'язані з порушенням моторики ЖКТ,

захисного слизового бар'єра, імунної функції і складу кишкової мікрофлори, висцеральної чутливості, а також розладами з боку центральної нервової системи.

С. Ткач зупинився на змінах, внесених в РК IV. В частині, змінилося поняття функціональних гастроінтестинальних розладів; в час даного захворювання визначається як розлад взаємодії «кишка — головний мозок». Обмежили застосування значення «функціональний»; його вилучили з назви розладу (наприклад, «Езофагеальні розлади» замість «Функціональні езофагеальні розлади») і деяких діагнозів (наприклад, «недержание кала» замість «функціональне недержание кала»). Діагноз «функціональний абдоминальний болючий синдром» змінили на «центрально-опосередований абдоминальний болючий синдром». Крім того, в деяких розділах додали нові діагнози (наприклад, в розділ «Езофагеальні розлади» додали діагноз «рефлюксна гіперчутливість», який відокремлено від поняття «функціональна изжога» і, відповідно, від «неерозивної гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби», «синдром избыточной каннабиноидной рвоты», введено нове визначення — «синдром хронической тошноты и рвоты»).



Професор **Н. Харченко** розповіла про сучасні підходи до діагностики і лікування диспепсії. Вона відзначила, що, за даними досліджень, поширеність функціональної диспепсії (ФД) в час становить 10–30%, при цьому її

определяют как заболевание, при котором имеющаяся симптоматика не может быть объяснена при помощи проведения традиционных диагностических методов.

Причинами ФД могут быть ухудшение желудочной accommodations, желудочная и дуоденальная гиперсенситивность, инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), низкоинтенсивное дуоденальное воспаление, повышение проницаемости слизистой оболочки и пищевые антигены, острые инфекции, психосоциальные факторы.

Отдельно выделяют *H. pylori*-ассоциированную диспепсию и ФД. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) и блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов рассматривают как эффективные средства для лечения ФД, в первую очередь эпигастрально-болевого синдрома.

В соответствии с диагностическими критериями, ФД определяют при наличии ≥ 1 симптомов (беспокоящие ощущения переполнения после приема пищи, раннего насыщения, боль/жжение в области эпигастрия), а также при отсутствии доказательств структурной патологии (в том числе при проведении верхней эндоскопии), позволяющей объяснить имеющиеся симптомы. Критерии определяют в течение последних 3 мес при проявлении симптомов не менее чем за 6 мес до установления диагноза.

Н. Харченко обратила внимание на то, что в РК IV уточнено определение постпрандиального дистресс-синдрома — кроме постпрандиального наполнения и ранней сытости, включены другие пищеварительные симптомы, включая боль в эпигастрии и изжогу, которые могут восприниматься пациентом как индуцируемые или усиливающиеся приемом пищи. Отдельно возникающая изжога исключена из определения диспепсии. Рвота, не провоцируемая приемом пищи, не являющаяся характерной, требует поиска других причин. При этом тяжесть симптомов должна быть по крайней мере достаточной для того, чтобы идентифицировать симптомы как надоедливые (> 2 баллов по 5-балльной шкале симптомов), которые должны клинически определяться как достаточно серьезные относительно влияния на обычную деятельность. Частота симптомов — минимально 3 раза в неделю — для постпрандиального дистресс-синдрома и 1 раз в неделю — для эпигастрально-болевого синдрома.

Показано, что при диагностированной ФД пациенты должны быть разделены на подтипы и получать соответствующее лечение. Существуют доказательства небольшой, но статистически значимой выгоды от эрадикации *H. pylori* у пациентов с хронической диспепсией. Так, если у пациентов с *H. pylori*-позитивной диспепсией после эрадикации *H. pylori* отмечают стойкое улучшение в течение 6–12 мес, этот диагноз подтверждается. В случае рецидива симптомов или отсутствия улучшения диагностируют ФД.

Рекомендации по лечению ФД включают коррекцию образа жизни, образо-

вание, соблюдение диетического питания (употреблять меньшее количество пищи за один прием, избегать употребления большого количества жирной пищи), избегание приема нестероидных противовоспалительных препаратов, употребление кофе, алкоголя, курения. Препараты 1-й линии терапии — прокинетики (домперидон, итоприд, пруклоприд), ИПП (омепразол, лансопризол, пантопризол, эзомепразол, декслансопризол). Резервные методы лечения — антидепрессанты (трициклические, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина), фундальные релаксанты, фитотерапия, психотерапевтическое воздействие.



Профессор **Игорь Скрипник**, заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 ВГУУ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», в своем выступлении уделил внимание

диагностическим критериям и тактике ведения пациентов с дисфункцией желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СО). Причина боли при дисфункции ЖП и СО основывается на существовании билиарного типа боли при отсутствии распознанных органических причин у большинства пациентов. В некоторых случаях боль купируется удалением ЖП или хирургическими манипуляциями на сфинктере. Как правило, боль локализуется в области эпигастрия и/или в правом верхнем квадранте и обязательно включает следующие признаки:

- значительно усиливается или сохраняется в течение ≥ 30 мин;
- возникает в разные промежутки времени (не ежедневно);
- достаточно выражена, чтобы нарушать дневную активность, или побуждает обращаться за неотложной помощью;
- незначительно связана с перистальтикой кишечника;
- незначительно устраняется сменой положения тела или приемом кислотосупрессивных препаратов.

Критериями подтверждения служит то, что боль может сопровождаться тошнотой и рвотой, иррадиацией в спину и/или правую подлопаточную область, прерыванием сна.

О функциональном расстройстве ЖП свидетельствует наличие билиарной боли, отсутствие камней в ЖП или другой структурной патологии (билиарного сладжа). Критерии подтверждения — низкая фракция выброса на сцинтиграфии ЖП, нормальный уровень печеночных ферментов, конъюгированного билирубина и амилазы/липазы.

Важно применение высококачественных диагностических методов, в частности эндоскопического ультразвукового исследования (УЗИ), являющегося более

чувствительным методом для определения наличия камней малого размера и билиарного сладжа, небольших опухолей и едва различимых признаков хронического панкреатита (ХП). В качестве диагностических методов также могут применяться определение низкой фракции выброса ЖП при стимуляции холецистокинином, УЗИ после стимуляции холецистокинином или жиросодержащей пищей, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) и компьютерная томография.

Лечение по поводу функционального расстройства ЖП предусматривает спонтанную регрессию симптомов, психотерапевтические мероприятия, медикаментозную терапию (спазмолитики, нейромодуляторы, урсодезоксихолевая кислота — УДХК). При неэффективности терапевтических методов — хирургическое лечение, однако, по результатам метаанализов, в настоящее время существует лишь одно рандомизированное клиническое исследование, свидетельствующее в его пользу.

Говоря о функциональных расстройствах билиарного СО, И. Скрипник отметил, что боль (как правило, персистирующая или рецидивирующая) после холецистэктомии может сохраняться, пропорционально чаще она возникает у больных после плановых операций, чем после urgentных, чаще у пациентов без камней в ЖП и у тех, чьи симптомы менее типичны.

Согласно РК IV, диагностическими критериями функционального расстройства СО являются наличие билиарной боли, повышение уровня печеночных ферментов или дилатация желчного протока (но оба признака не одновременно), отсутствие камней в желчном протоке или другой структурной патологии. Критерии подтверждения — нормальный уровень амилазы/липазы, изменения на манометрии СО, гепатобилиарная сцинтиграфия.

Для установления диагноза функционального расстройства СО следует исключить органическую патологию (оставленные камни или часть ЖП, послеоперационные осложнения (стриктура протока), интраабдоминальные нарушения (панкреатит, жировая болезнь печени)). Важны при диагностировании сбор анамнеза и физикальное обследование, проведение печеночных и панкреатических проб, верхней эндоскопии, УЗИ или компьютерной томографии, МРХПГ или эндоваскулярного УЗИ, гепатобилиарной сцинтиграфии, ЭРХПГ и манометрии СО.

Лечение больных с функциональным расстройством СО включает терапевтическую тактику (применение нифедипина, тримебутина, гиосцина бутилбромида, октреотида, антагонистов H_2 -гистаминовых рецепторов), эндоскопического (сфинктеротомия) и хирургического лечения.

Диагностическими критериями дисфункции панкреатического сегмента являются такие признаки, как документально подтвержденные повторные атаки панкреатита (с типичной болью и уровнем амила-

зы или липазы в 3 раза выше нормы и/или визуализационное подтверждение острого панкреатита), исключение других причин панкреатита, отрицательные результаты эндоскопического УЗИ, отклонения на сфинктероманометрии. В качестве альтернативных диагностических методов могут применяться измерение диаметра панкреатического протока (МРХПГ или эндоваскулярное УЗИ до и после внутривенного введения секретина), инъекции ботулотоксина в сфинктер с целью установки временного стента. Лечение предусматривает ограничение провоцирующих факторов (алкоголь, опиаты), применение спазмолитиков, блокаторов кальциевых каналов, УДХК или билиарной сфинктеротомии при микролитоэзе.



Говоря о синдроме раздраженного кишечника (СРК), профессор **Татьяна Звягинцева**, заведующая кафедрой гастроэнтерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, подчеркнула, что это не диагноз исключения, а диагноз симптомов. Согласно РК IV, данный диагноз устанавливают при наличии рецидивирующей боли в животе в среднем 1 день в неделю в течение последних 3 мес, сочетающихся с ≥ 2 следующими симптомами: связь с дефекацией; ассоциация с изменением частоты дефекации; ассоциация с изменением пропорции (внешнего вида) кала.

В последние годы развитие СРК связывают с генетическими факторами, дисбиозом кишечника и воспалением. Показано, что определенную роль в формировании СРК могут играть генетические факторы (выявлено 3 гена — *TLR9*, *CDH1*, *IL6*, связанных с развитием заболевания). Имеются данные, подтверждающие необходимость микрофлоры для нормальной возбудимости сенсорных нейронов кишечника, что является возможным механизмом для взаимодействия микрофлоры и нервной системы. Получены подтверждения того, что микрофлора играет значимую роль в развитии СРК. В последние годы все больше данных свидетельствуют о связи СРК с воспалительной патологией, перенесенными инфекционными заболеваниями кишечника. У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), особенно неспецифическим язвенным колитом (НЯК) в стадии ремиссии, выявляют симптомы, сходные с СРК. Такая картина может наблюдаться из-за продолжающегося субклинического минимального воспаления после острого бактериального или вирусного гастроэнтерита и обусловлена постинфекционным нарушением абсорбции желчных кислот или изменениями микробного пейзажа кишечника.

Наряду с известными триггерными факторами СРК в последние годы выделены и другие варианты заболевания — СРК,

при котором доказана роль некоторых пищевых компонентов как триггеров возникновения симптомов заболевания (сенситизация к глютену), и СРК-подобная дивертикулярная болезнь.

Т. Звягинцева подчеркнула, что в последние годы в лечении СРК произошли существенные изменения. Показано, что применение кишечного антисептика рифаксимина воздействует на состав кишечной микробиоты, корректирует нарушения кишечной моторики или сенсорной дисфункции кишечника, изменяет иммунный ответ макроорганизма, может модулировать воспалительный ответ (противовоспалительные эффекты) и функцию кишечной микробиоты (метаболизм, адгезивные свойства и вирулентность). Эффективно при СРК также применение спазмолитиков и пробиотиков.



Андрей Дорофеев, профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, представил доклад, посвященный концепции глубокой ремиссии ВЗК,

закрывающейся в восстановлении функции кишечника как органа. Он отметил, что целью терапии при ВЗК является не просто устранение симптоматики, а полный контроль над воспалительным процессом, приводящим к повреждению слизистой оболочки.

Параметрами для выбора терапии пациентов с болезнью Крона (БК) являются клиническая форма заболевания, ее распространенность, локализация и активность, выраженность воспаления в прямой кишке, наличие перианальных изменений, эндоскопическая активность БК, наличие внекишечных поражений.

Существуют различные варианты терапии БК в зависимости от локализации поражения. Так, при терминальном илеите препаратами выбора являются топические стероиды и/или месалазин; при изолированном поражении толстого кишечника — топические стероиды и/или месалазин (*per os* + *per rectum*); при изменениях в верхних отделах ЖКТ — системные стероиды и/или цитостатики, биологическая терапия; при комбинированном воспалительном поражении толстого и тонкого кишечника, а также при сочетанных локализациях воспаления — топические стероиды + месалазин (*per os* + *per rectum*) и/или системные стероиды, цитостатики, биологическая терапия.

Говоря о терапии БК в зависимости от клинических проявлений, А. Дорофеев акцентировал внимание на важности совместного наблюдения гастроэнтерологом и хирургом-колопроктологом пациентов со стенозом или фистулой. Он напомнил, что операцией выбора у пациентов с НЯК является колэктомия или колопротэкто-

мия, а у пациентов с БК — щадящая операция, которая является только паллиативной и не может приводить к выздоровлению. Лечение при БК напрямую зависит от активности или тяжести патологии — при легком течении, как правило, назначают топические стероиды, месалазин, цитостатики, антибиотики, при средних и тяжелых формах — топические системные стероиды, при необходимости обсуждают вопрос о назначении биологической терапии.

Параметрами выбора терапии при НЯК являются ее распространенность, локализация, клиническая форма, степень тяжести, клиническая, эндоскопическая и гистологическая активность, наличие внекишечных поражений.

Согласно рекомендациям Европейского общества по изучению болезни Крона и язвенного колита (European Crohn's Colitis Organisation — ECCO), лечение при дистальных формах НЯК следует начинать с введения топических форм месалазина (1,0 г месалазина *per rectum* при активном проктите имеет такую же эффективность, как 2,0 и 3,0 г месалазина). При левостороннем и тотальном НЯК применение месалазина *per os* и *per rectum* повышает биодоступность и эффективность лечения; такая комбинированная терапия сопоставима по эффективности с применением системных стероидов. В зависимости от степени тяжести НЯК дозу месалазина повышают либо дополнительно назначают топические системные стероиды или биологическую терапию. У больных со средне-тяжелыми и тяжелыми формами НЯК, резистентным к проводимой терапии, целесообразно применение биологической терапии. Также она является альтернативой колэктомии у больных с тяжелым стероидорезистентным НЯК.



Профессор **О. Бабак** обратил внимание, что боль в животе является самым распространенным синдромом при заболеваниях внутренних органов, занимает 1-е место среди других симпто-

мов и синдромов по частоте возникновения, значительно ухудшает качество жизни пациентов, даже при незначительной интенсивности и является одной из основных проблем как в диагностическом, так и лечебном аспекте. При этом эффективность терапии зависит от правильности выбора тактики лечения.

Без выявления основной причины абдоминальной боли невозможно определиться с терапией, поэтому необходимо разграничение органических и функциональных заболеваний. Так, при спазме, обусловленном органическими нарушениями, спазмолитическую терапию применяют как симптоматическую в комплексе с препаратами патогенетической направленности; при спазме, причиной которого

являются функциональные нарушения, — в качестве патогенетической.

По мнению О. Бабака, универсальный спазмолитик должен обладать выраженной спазмолитической активностью относительно всех органов и систем брюшной полости, вызывать быстрый и длительный спазмолитический эффект, быть безопасным (провоцировать минимум побочных эффектов), иметь большой позитивный опыт применения, низкую стоимость, различные формы введения (инъекционная, пероральная). Так, показано, что дротаверин оказывает выраженное спазмолитическое влияние на все органы и системы брюшной полости, вследствие чего быстро наступает спазмолитический эффект.



Профессор **Галина Фадееенко**, директор ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», рассказала об особенностях гепатопротекции неалкогольной жировой болезни

печени (НАЖБП). Она напомнила, что это заболевание является причиной и следствием метаболических нарушений, может выступать как самостоятельный фактор риска (атерогенная дислипидемия), следствием (реакция печени) заболевания (избыточная масса тела, нарушение углеводного и липидного обмена), осложнение/прогрессирование болезни (сахарный диабет (СД), ожирение, атеросклероз).

Представлены новые данные о связи НАЖБП с болезнями метаболизма. Так, НАЖБП может быть единственным проявлением нарушения липидного обмена, и как составляющая часть метаболического синдрома (МС) у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями она служит не только фактором риска их развития, но и определяет их исход в большей степени, чем исход заболеваний самой печени. Кроме того, повышает риск тромбообразования/смерти (за счет увеличения пула провоспалительных цитокинов, проатерогенной дислипидемии, гиперкоагуляции и гипофибринолиза), часто встречается у больных СД 1-го типа, значительно повышает риск развития и прогрессирования СД 2-го типа. При НАЖБП прогрессирует атеросклероз (подтверждено зависимостью между толщиной комплекса интима — медиа сонных артерий и степенью гистологических изменений в печени), развивается эндотелиальная дисфункция.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации по изучению печени (European Association for the Study of the Liver), цель терапии при НАЖБП — улучшение/регресс воспаления печени и/или фиброза, снижение смертности, уменьшение прогрессирования в цирроз или гепатоцеллюлярную карциному. Фармакотерапия обязательно должна быть назначена каждому пациенту с НАЖБП, имеющему продвинутой фиброз (стадия $\geq F2$), паци-



ентам с менее тяжелой степенью фиброза, но при высоком риске его прогрессирования (возраст >50 лет, СД, МС, постоянное повышение печеночных ферментов).

Г. Фадееенко подчеркнула, что коррекция метаболических нарушений (дислипидемия, атеросклероз, СД, МС, ишемическая болезнь сердца, ожирение и др.) невозможна без коррекции нарушенной функции и структуры печени. Собственные структурно-функциональные нарушения печени при НАЖБП требуют устранения/уменьшения и сдерживания процесса. Гепатопротекция является полноправным компонентом лечения при НАЖБП и болезнях метаболизма. Утверждения о недостаточной доказательной базе в отношении препаратов, обладающих протективными свойствами и положительно влияющих на ткань и клетки печени, не могут считаться полностью обоснованными. По мнению докладчика, гепатопротекторы, в частности УДЖК, могут рассматриваться в качестве базовых средств для лечения пациентов с НАЖБП и метаболическими нарушениями.



Мазен Нуреддин (Mazen Nouredin), руководитель Программы изучения жировой дистрофии печени (Fatty Liver Program) Медицинского центра Седарс-Синай (Cedars-Sinai Medical Center),

Лос-Анджелес, США, рассказал о перспективной терапии при НАЖБП. Он поделился опытом лечения таких пациентов, обратив внимание на важность определения фиброза с помощью современных методов диагностики — фиброскана (чувствительность данного метода составляет 84–100%, специфичность — 91–96%) и МРТ-определения протонной плотности фракции жира. Применение этих технологий позволяет определить стадию фиброза, измерить каждый сегмент печени, установить количество жира в нем до и после лечения.

Говоря о лечении по поводу НАЖБП, М. Нуреддин отметил, что перспективным

является применение адеметионина. В частности, он привел результаты исследования, свидетельствующие о позитивном влиянии адеметионина на пациентов с НАЖБП. Полученные результаты позволяют предположить положительное влияние адеметионина на уровень печеночных ферментов, астению, а также тенденцию к уменьшению выраженности стеатоза печени. Более высокая доза адеметионина (1200 мг/сут) способствует более быстрому регрессу клинических симптомов и нарушений биохимических показателей, предполагая более эффективное уменьшение выраженности воспаления печеночной ткани.

На секции «Диагностика, лечение и профилактика заболеваний печени» были представлены доклады, посвященные современным подходам к лечению коморбидных состояний, терапии при гиперхолестеринемии, циррозе печени, холестагическом синдроме, токсическом поражении печени, стеатозе, хронических заболеваниях печени, вирусном гепатите С. Во время секции «Проблемы кислото-зависимых заболеваний ЖКТ» участники обсудили основные положения Киотского консенсуса, рекомендаций «Маастрихт-4», уделили внимание вопросам диагностики и терапии ФД, смешанного рефлюкса, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, проблеме безопасности ИПП, повышения эффективности анти-*H. pylori*-терапии. На секции «Панкреатология» рассмотрены вопросы современных возможностей терапии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, заболевания печени, ВЗК, ХП.

Оба дня работы Украинской гастроэнтерологической недели были продуктивными. Докладчикам удалось осветить широкий спектр проблемных вопросов современной гастроэнтерологии, а практикующим врачам — гастроэнтерологам, терапевтам, семейным врачам — узнать новую информацию об инновационных методах диагностики и лечения гастроэнтерологической патологии. Конференция еще раз подтвердила актуальность и необходимость проведения подобных мероприятий в дальнейшем.

*Марина Колесник,
фото автора*