

Современные стратегии в диагностике и лечении гастроэнтерологических заболеваний

24–25 сентября 2015 г. в Днепропетровске в Еврейском деловом центре «Менора» состоялась Научно-практическая конференция с международным участием «VIII Украинская гастроэнтерологическая неделя». В ходе пленарных заседаний, сателлитных симпозиумов, панельных дискуссий ведущие отечественные ученые рассказали о новых достижениях в гастроэнтерологии, уделили внимание особенностям диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения, гепатобилиарной системы, применению современных технологий в терапии распространенной гастроэнтерологической патологии. Организаторами мероприятия выступили Национальная академия медицинских наук Украины, ГУ «Институт гастроэнтерологии Национальной академии медицинских наук Украины», Министерство здравоохранения Украины, Всеукраинская общественная организация «Украинская гастроэнтерологическая ассоциация», Департамент здравоохранения Днепропетровской областной государственной администрации, Общественный союз «Ассоциация по изучению и лечению болезней органов пищеварения в Украине».

В ходе торжественной части мероприятия со словами приветствия обратились профессор **Татьяна Перцева**, член-корреспондент Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины, первый проректор ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения (МЗ) Украины», профессор **Владимир Павлов**, советник председателя Днепропетровского областного совета, **Юлия Черняк**, главный специалист отдела лечебно-профилактической помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Днепропетровской областной государственной администрации. Они отметили высокую значимость проводимого мероприятия для гастроэнтерологов и семейных врачей не только Днепропетровской области, но и всей Украины, выразив надежду, что благодаря конференции практикующие врачи получают новые знания, которые помогут им в оказании высокоспециализированной гастроэнтерологической помощи населению.



Профессор **Юрий Степанов**, директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», в своем выступлении уделил внимание критериям адекватности заместительной ферментной

и спазмолитической терапии хронического панкреатита (ХП). Каждый новый рецидив данного заболевания вызывает прогрессирующее повреждение поджелудочной железы (ПЖ). Вследствие мальнутриции отмечают функциональные расстройства и структурные изменения желудочно-кишечного тракта, нарушения со стороны сердечно-сосудистой, иммунной, дыхательной, эндокринной систем. ХП предположительно связан с повышением факторов риска, способных негативно влиять на кости и минеральный обмен, поэтому при экзокринной недостаточности ПЖ даже

в отсутствие клинической манифестации и тем более при наличии стеатореи пациентам необходима адекватная заместительная ферментная терапия.

Ю. Степанов отметил, что у 67% больных после купирования стеатореи не происходит восстановления трофологического статуса, что является одной из главных задач при экзокринной недостаточности ПЖ. Для таких пациентов начальная доза ферментов должна составлять 40–50 тыс. Ед. липазы на прием пищи с последующим увеличением, вплоть до восстановления трофологических показателей; ферментные препараты в форме мини-микросфер более предпочтительны.

Для купирования болевого синдрома при ХП рекомендовано применение селективных спазмолитических препаратов, в частности мебеверина, оказывающего не только спазмолитическое, но и нормализующее моторику действие, и не вызывающего рефлекторной гипотонии.



Об особенностях профилактики предраковых состояний желудка рассказала профессор **Наталья Харченко**, член-корреспондент НАМН Украины, главный внештатный специалист МЗ Украины

по специальности «Гастроэнтерология», ведущая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика. Доказанными факторами риска развития рака желудка (РЖ) являются: инфицирование *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), высокое содержание соли в рационе, пернициозная анемия, аденоматозные полипы, хронический атрофический гастрит, воздействие облучения, перенесенная резекция желудка. Рафинированная пища также может являться причиной онкологических заболеваний. Докладчик

также отметила, что при голодании — с лечебной целью или как способ похудения — снижается активность антиканцерогенных ферментов. Доказано, что 50% онкологических заболеваний можно избежать, изменив стиль жизни. С этой целью обязательно употребление фруктов и овощей (по 500 г в сутки с разбивкой на 5 раз), включение в рацион капусты, кресс-салата, бобовых, пищевых волокон, каротиноидов; важен также способ приготовления пищи.

Докладчик подчеркнула, что *H. pylori* является основной причиной РЖ. Эта бактерия-хамелеон имеет разные формы; у одного человека могут одновременно присутствовать несколько ее штаммов.

Н. Харченко отметила, что хронический гастрит (в том числе атрофический), вызванный *H. pylori*, является показанием к проведению эрадикационной терапии. Длительное применение ингибиторов протонной помпы (ИПП), например при эрозивной форме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), следует рассматривать как показание к эрадикации *H. pylori* с целью профилактики воспалительных и атрофических изменений слизистой оболочки тела желудка. В клинической ситуации, когда врач не уверен в необходимости диагностики и лечения *H. pylori*-инфекции, дополнительным и крайне актуальным аргументом в пользу их проведения должен стать профилактический эффект в отношении развития РЖ, особенно у лиц с отягощенным наследственным анамнезом.



Профессор **Олег Бабак**, президент ВОО «Украинская гастроэнтерологическая ассоциация», ведущий кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета, ознакомил слушателей с перспективными направлениями фармакотерапии

и профилактики диффузных болезней печени (ДБП). При патологии этого органа, независимо от этиологического фактора, происходят изменения функциональной активности гепатоцитов, поэтому препараты, нормализующие функцию печени, играют основополагающую роль в патогенетической терапии.

Наиболее часто в терапии и профилактике ДБП применяют гепатопротекторы растительного происхождения, урсодезоксихолевую кислоту, эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ). Перспективно применение эффективных и безопасных препаратов на основе аминокислот и их производных, которые оказывают различные положительные биологические эффекты, включаясь в процессы метаболизма, и имеют патогенетическую направленность. Так, адеметионин обладает антиоксидантным свойством, ускоряет регенерацию ткани печени, замедляет развитие фиброза печени (ФП), улучшает метаболические процессы, нормализует пигментный обмен (при холестазах), оказывает антидепрессивный эффект; L-глутатион устраняет последствия оксидативного стресса, препятствует повреждению клеток, прогрессированию хронических ДБП, улучшает показатели печеночных ферментов. При сопутствующих заболеваниях, вызванных нарушением детоксикационной функции печени (например при циррозе) с симптомами латентной или выраженной печеночной энцефалопатии, применяют L-орнитин L-аспартат, оказывающий детоксикационный, метаболический, анаболический, антиоксидантный эффекты.



Об ожирении как факторе риска заболеваний органов пищеварения шла речь в докладе профессора **Галины Фадеенко**, директора ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой

НАМН Украины». Она напомнила, что основной причиной ожирения и избыточной массы тела является перекармливание; с избыточным употреблением пищи связано >95% всех случаев ожирения. Нездоровое питание (недостаточное потребление фруктов, овощей, орехов, круп при повышенном — красного мяса, соли, сладких безалкогольных напитков) способствует развитию метаболического синдрома (МС), сердечно-сосудистых заболеваний и, возможно, оказывает более негативное влияние, чем курение или злоупотребление алкоголем.

Г. Фадеенко отметила, что генетическая предрасположенность к висцеральному ожирению присутствует в 70% случаев, причем более вероятна склонность к нескольким независимым компонентам (МС, сахарному диабету (СД) 2-го типа, избыточной массе тела). Выделяют 3 разновидности генотипа (чувствительный к жирам, углеводам и комбинированный), каждый из них чувствителен к определенным продуктам (компонентам) питания, избышек которых приводит к избыточной массе тела.

Доказана патогенетическая связь ожирения/МС с печенью и кишечной микробиотой. Печень является не только местом начала метаболических нарушений, но и мишенью этих нарушений, а также фактором кардиометаболического риска. Именно поэтому, по мнению докладчика, коррекция структуры и функции печени, направленная на профилактику прогрессирования патологического процесса, имеет особое значение.

Применение ЭФЛ при метаболических нарушениях, в частности избыточной массе тела и ожирении, модифицирует обмен веществ, уменьшает атеросклеротическое поражение сосудов, симптомы ишемической болезни сердца, выраженность клинических проявлений СД, улучшает реологические свойства крови. Для снижения ощущения голода и уменьшения количества потребляемой пищи рекомендовано употребление йогурта, что улучшает пищеварение, качество питания и метаболический профиль.



Профессор **Игорь Скрипник**, заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 ВГУ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», обратил внимание на возможность регресса ФП

при раннем циррозе печени (ЦП), отсутствии обширного сосудистого тромбоза, устранении причины заболевания. Именно ФП является причиной общей заболеваемости и смертности пациентов с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Использование неинвазивных маркеров позволяет прогнозировать как смертность, так и заболеваемость от хронических ДБП, в основе которых лежит ФП.

Уменьшение массы тела на 9% позволяет достичь значительного улучшения при стеатозе и незначительного — при воспалении, но не влияет на фиброз. Двигательная активность расширяет возможности комплексного воздействия на процесс фибротизации, но необходимо также применять лекарственные препараты, эффективность которых доказана в исследованиях. В част-

ности, адеметионин повышает уровень глутатиона, снижает экспрессию фактора некроза опухоли- α , ускоряет регресс жировой дистрофии, предотвращает β -окисление жира в печени, тем самым уменьшая воспаление и фиброз. ЭФЛ оказывают гепатопротекторный, метаболический эффекты, влияют на процессы клеточной защиты, повышая резистентность мембран гепатоцитов, воздействуют на процессы клеточной инфльтрации, пролиферации, дегенерации.



О внекишечных проявлениях хронических воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) шла речь в выступлении **Андрея Дорофеева**, профессора кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца.

Он отметил, что, по данным разных авторов, частота внекишечных проявлений неспецифического язвенного колита составляет 5–65%, болезни Крона (БК) — 38–62%. При ВЗК могут поражаться различные органы и системы. Так, отмечают воспалительные (гангренозная пиодермия, узеловатая эритема), аллергические (крапивница), аутоиммунные (сетчатое ливедо), дегенеративно-дистрофические поражения кожи. Поражения суставов при ВЗК включают полиартрит мелких суставов, олиго- или моноартрит крупных суставов, анкилозирующий спондилоартрит, суставной синдром. Поражения печени могут проявляться в виде НАСГ, первичного склерозирующего холангита, первичного билиарного ЦП, аутоиммунного гепатита.

А. Дорофеев отметил, что при выборе терапии обязательно необходимо учитывать распространенность, локализацию и выраженность воспаления (особенно при БК) в прямой кишке, наличие периаанальных изменений и внекишечных поражений. Наряду с базисным лечением при ВЗК применяют адьювантную терапию, включающую купирование болевого синдрома, ступенчатую ферментотерапию, дезинтоксикационную терапию, коррекцию кишечного дисбиоза.



Препаратами выбора при ВЗК с внекишечными проявлениями являются иммунобиологические препараты и топические стероиды. У пациентов с неспецифическим язвенным колитом и БК также целесообразно применение ступенчатой ферментотерапии.



Профессор Татьяна Звягинцева, заведующая кафедрой гастроэнтерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, рассказала о взаимосвязи кишечника и печени

на фоне дисбаланса микрофлоры. Она напомнила, что при нарушении кишечного барьера печень подвергается воздействию токсических факторов, поступающих из кишечника, в свою очередь изменение физиологических процессов в печени может стать толчком к развитию дисфункции кишечника. Кишечная микрофлора вовлечена в регуляцию проницаемости кишечника, воспаление низкой степени и иммунный баланс, она модулирует метаболизм холина, регулирует метаболизм желчных кислот, продукцию эндогенного этанола. Все эти факторы являются молекулярными механизмами, с помощью которых микрофлора может индуцировать НАСГ.

Доказана связь между высокими дозами бактериального эндотоксина, воспалением, повреждением печени и дальнейшим фиброгенезом. Одним из перспективных направлений лечения при НАСГ является преодоление инсулинорезистентности путем уменьшения массы тела и применения инсулиносенситайзеров. При НАСГ патогенетически обоснованным является применение терапии, направленной на восстановление и регенерацию структуры и функции клеточных мембран, торможение процесса деструкции клеток. Комплексное лечение гепатопротекторами и пробиотиками оказывает антиоксидантное действие, стабилизирует мембрану гепатоцитов, нормализует липидный спектр крови, восстанавливает зубиоз кишечника, тем самым предотвращая прогрессирование заболевания.



Вадим Шипулин, профессор кафедры внутренней медицины № 2 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, в своем выступлении коснулся вопросов

хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), отметив, что в настоящее время в мире известно 26 препаратов, обладающих прямым противовирусным эффектом, 10 из них разрешены к применению. В Украине же для лечения пациентов с ХВГС доступны лишь интерфероны, пегилированные интерферо-

ны, рибавирин и противовирусные препараты 1-го поколения.

Выраженность ФП — важнейший критерий для определения необходимости лечения (стадия F0–F1 — следует рассмотреть необходимость лечения, F2 — лечение рекомендовано при высокой активности и наличии кофакторов, F3–F4 — требуется немедленное начало терапии).

В безотлагательном начале противовирусной терапии (высокий риск осложнений) нуждаются пациенты с тяжелым ФП и компрессированным ЦП, смешанной криоглобулинемией с поражением органов-мишеней, протеинурией, нефротическим синдромом или мембранопротеративным гломеруло-нефритом, а также лица, которым показана трансплантация печени в ближайшее время. Приоритет отдают пациентам с умеренным ФП, коинфекцией, вирусным гепатитом В, НАСГ, СД-2-го типа, изнуряющей усталостью и поздней кожной порфирией.

В. Шипулин отметил, что пациенты, которым противопоказана интерферонотерапия (единственно доступный метод лечения с достаточно высокой эффективностью), вынуждены ждать появления новых препаратов. К этой группе относят больных с непереносимостью интерферонов, аутоиммунными заболеваниями, неконтролируемой депрессией, гиперчувствительностью к пегилированным интерферонам или другим компонентам схемы лечения, с низким содержанием нейтрофилов, тромбоцитов, декомпенсированными заболеваниями сердечно-сосудистой системы или печени.



Говоря об особенностях терапии ГЭРБ, **Сергей Ткач**, профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, отметил, что 8-недельный

курс применения ИПП является методом выбора для уменьшения выраженности симптомов и заживления эрозивного эзофагита у пациентов. Лечение должно начинаться с однократного приема стандартной дозы препарата утром за 30–60 мин до еды, при частичном ответе на однократный прием стандартных доз можно менять время приема или назначать двойные дозы ИПП, особенно у пациентов с ночными симптомами и расстройствами сна. При отсутствии ответа на прием двойных доз ИПП диагностируют рефрактерную ГЭРБ и применяют другие терапевтические стратегии.

С. Ткач обратил внимание на отсутствие различий в эффективности разных ИПП при ГЭРБ. Вместе с тем ИПП 2-го поколения, благодаря другому типу метаболизма, менее зависимы от генетического полиморфизма CYP 2C19, обладают меньшим количеством межлекарственных взаимодействий и большей безопасностью. В частности, пантопризол — наиболее pH-селективный препарат, имеющий лучший фармакокинетический профиль, можно

применять длительно для поддерживающего лечения без риска развития побочных эффектов, особенно при необходимости проведения комбинированной терапии.

Согласно последнему консенсусу Американского колледжа гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology), поддерживающее лечение ИПП проводят больным ГЭРБ, у которых после отмены препаратов вновь появляются симптомы, а также при осложнениях, включая эрозивный эзофагит и пищевод Барретта. При необходимости длительного приема ИПП последние следует применять в минимальных эффективных дозах (обычно половинных), включая терапию по требованию.

Хирургическое лечение рассматривают как одну из терапевтических стратегий длительного лечения пациентов с ГЭРБ, но оно не рекомендовано лицам, не отвечающим на ИПП. Антирефлюксное хирургическое лечение следует рассматривать только как резервную стратегию.

Большой интерес слушателей вызвала видеолекция профессора **Александра Нерсесова**, ведущего гепатолога Республики Казахстан, заведующего кафедрой гастроэнтерологии и гепатологии с курсом эндоскопии, руководителя отдела гастроэнтерологии и гепатологии Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней (Алматы, Республика Казахстан). Выступление было посвящено особенностям диагностики и лечения внутрипеченочного холестаза (ВХ). Докладчик обратил внимание, что вторичный ВХ является компонентом частых заболеваний печени, таких как алкогольная болезнь печени, НАСГ, лекарственно-индуцированное поражение, хронический вирусный гепатит В, ХВГС. ВХ закономерно ассоциируется с тяжестью заболевания печени, его прогрессированием и прогнозом, поэтому своевременная диагностика и адекватная терапия в ряде случаев критически важны.

В патогенезе вторичного ВХ большое значение имеют нарушения метаболизма адеметионина, что наряду с многочисленными клиническими исследованиями обосновывает его применение у этой категории пациентов.

Оба дня работы Украинской гастроэнтерологической недели были очень насыщенными. Докладчики осветили широкий спектр проблемных вопросов современной гастроэнтерологии, уделив особое внимание применению инновационных методов диагностики и новых технологий в лечении пациентов с гастроэнтерологической патологией. В ходе сателлитных симпозиумов рассмотрены актуальные вопросы лечения при хроническом гастрите, ГЭРБ, заболеваниях пищевода. Отдельные заседания были посвящены достижениям молодых ученых в практической и экспериментальной гастроэнтерологии и научным разработкам кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика. Завершилась конференция подведением итогов работы и принятием резолюции.

*Марина Колесник,
фото автора*