Сучасна гастроентерологія: знання, що допомагають лікувати і виліковувати

7–8 квітня 2016 р. в Національній медичній академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика пройшла XVIII Національна школа гастроентерологів, гепатологів України «Сучасні досягнення в області профілактики і лікування захворювань органів травлення». Захід проведено згідно з договором про співпрацю між НМАПО імені П.Л. Шупика та Європейською асоціацією гастроентерологів, ендоскопістів і нутриціологів (European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition – EAGEN) за підтримки Української гастроентерологічної асоціації.

Дводенна програма заходу вже традиційно була дуже насиченою: під час роботи школи проведено післядипломний курс EAGEN «Нові горизонти в лікуванні хронічного панкреатиту та захворювань печінки», обговорено актуальні питання новітніх технологій в профілактиці, діагностиці та лікуванні хвороб органів травлення та коморбідної патології. Провідні професори Європейського комітету з освіти з Австрії, Німеччини, Угорщини, Чехії та інших країн (H. Hammer, R. Staubers, L. Herszenyi, P. Dite, M. Banic) на чолі з президентом EAGEN професором Т. Мілославльєвичем (T. Milosavljevic) обговорили складні клінічні випадки, висвітлили питання сучасних підходів до ведення хворих з різноманітними патологіями. Обговорено питання та отримано попереднє рішення про включення Української гастроентерологічної асоціації до EAGEN, що посилить зв'язок та співпрацю лікарів України та Європейських країн.

Справжньою «родзинкою» заходу цього року стала вперше проведена конференція Академії здорового харчування, присвячена профілактичному та лікувальному харчуванню — важливій складовій боротьби з епідемією неінфекційних хвороб. Також під час конференції проведено засідання головних позаштатних спеціалістів обласних департаментів з охорони здоров'я України за спеціальністю «Гастроентерологія», президії, правління, голів осередків Української гастроентерологічної асоціації. Загалом у роботі конференції взяли участь понад тисяча лікарів різних спеціальностей.

Розпочинаючи роботу XVIII сесії Національної школи гастроентерологів, гепатологів України (далі — Школа), **Наталія Харченко**, член-кореспондент Національної академії медичних наук (НАМН) України, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України за спеціальністю «Гастроентерологія», завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО імені П.Л. Шупика, зауважила, що за 18 років роботи захід набув великого авторитету і став топовим для лікарів різних спеціальностей. Вона також зазначила, що вже третій рік поспіль в Україну запрошують післядипломний освітній курс EAGEN.

Світова медична наука розвивається настільки швидко, що лікарям буває складно встигнути за всіма новинками. Адже навіть протягом одного року можуть відбутися кардинальні зміни у методиках діагностики, схемах лікування та профілактики захворювань травного тракту. «Наші фахівці не завжди можуть відвідувати міжнародні медичні конференції та з'їзди, читати передову наукову літературу, особливо іноземну, тому отримують відповідну інформацію із досить великим запізненням. Тож Школа покликана певним чином надолужити це відставання. Доповідачами та консультантами у нас виступають багато відомих в Україні та за її межами науковців, освітян, практичних лікарів та представників адміністративного сектору вітчизняної системи охорони здоров'я, які із задоволенням діляться з колегами новою інформацією. При цьому дуже важливо, що дані та поради, які оприлюднюються, певною мірою враховують реалії роботи української системи охорони здоров'я, тому мають не лише сучасний характер, але й є більш практичними за змістом. На їх основі легше розробляти та впроваджувати нові лікувально-діагностичні методики, алгоритми, принципи роботи тощо», — зауважила Н. Харченко.

Професор **Олександр Толстанов**, проректор із науково-педагогічної роботи НМАПО імені П.Л. Шупика, висловив впевненість у тому, що кожна з проведених 18 сесій — величезний крок, що сприяє прогресу в системі медичної освіти, зокрема третьої її складової — безперервного удосконалення знань і умінь лікарів. «Те, що серед учасників заходу — лікарі різних спеціальностей, ще раз доводить, що в медицині сьогодні немає якихось певних меж чи широких кордонів, натомість вирішення проблем неінфекційних захворювань вимагає міждисциплінарного підходу, і в цьому сенсі Школа — унікальний майданчик для лікарів різних спеціалізацій, де вони можуть представити власний досвід та дізнатися думку колег з тих чи інших питань, аби обрати найоптимальніший шлях їх розв'язання», — зауважив він.

Професор **Юрій Степанов**, директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», присвятив свій виступ темі «Хронічний гастрит і функціональна диспепсія в підсумках Кіотського глобального консенсусу 2015 р». На його думку, хронічний гастрит (ХГ) і функціональна диспепсія (ФД) ще довго будуть актуальними в порядку денному гастроентерологів та лікарів інших спеціальностей, оскільки в цій проблемі є багато позицій, що постійно оновлюються. «Ми стали свідками розроблення зведень та положень щодо правильного ведення цих хворих, результатом чого стало створення чотирьох Маастрихтських консенсусів, сьогодні готується вже п'ятий», — зауважив Ю. Степанов. Доповідач загострив увагу присутніх на так званому Кіотському глобальному консенсусі з *Helicobacter pylori (H. pylori)*-асоційованого гастриту, який доведено до відома фахівців у публікаціях 2015 р. Перед цим консенсусом стояли такі завдання: класифікація ХГ і дуоденіту; клінічні відмінності диспепсії від ХГ; визначення клінічних критеріїв гастриту; в яких випадках і як лікувати *H. pylori*-асоційований гастрит тощо. Усі ці питання, на думку фахівців, поки

не досить чітко визначені, тому Кіотський консенсус включає 22 положення, по кожному з яких прийнято відповідне рішення.

Спікер також зауважив, що існуюча нині класифікація гастриту в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду застаріла у світлі відкриття *H. pylori*. Поточна гістологічна класифікація гастриту містить лише аспекти, що стосуються атрофії й аутоімунного ураження. Визнання *H. pylori* головною причиною ХГ стало проривом, який відкрив нову главу у вивченні гастриту, тому на сьогодні жодна класифікація гастриту не є повною без включення *H. pylori* як етіологічного фактора. Класифікація гастриту в основній частині МКХ 11-го перегляду заснована на причинних факторах, серед яких найважливіші: *H. pylori*-асоційований, лікарсько-індукований і аутоімунний гастрит. *H. pylori*-асоційований гастрит може викликати симптоми диспепсії і призвести до гастродуоденальної патології, включаючи виразку і рак шлунка. Тож розпізнання ролі *H. pylori* як канцерогену робить його ерадикацію кращою стратегією для запобігання раку шлунка.

Ю. Степанов зупинився також на деяких аспектах класифікації ерозій шлунка в контексті ХГ, які мають бути виділені окремо від гастриту, адже клінічна значимість гастродуоденальних ерозій залежить від етіології і потребує подальшої класифікації. Доповідач нагадав, що ерозія шлунка — поверхневе ушкодження його слизової оболонки діаметром 3–5 мм. Такий малий розмір прийнято для того, щоб не плутати ерозію з пептичною виразкою, яка за своїм визначенням може пенетрувати у м'язовий шар. Ерозії шлунка можуть виявляти і при *H. pylori*-інфекції, але частіша причина їх виникнення — пошкодження слизової оболонки лікарськими засобами, зокрема ацетилсаліциловою кислотою та нестероїдними протизапальними препаратами.

Ю. Степанов зауважив, що *H. pylori*-асоційований гастрит призводить до хронізації активного гастриту різної тяжкості фактично у всіх пацієнтів, але може бути вилікуваним з подальшим запобіганням тяжким ускладненням. Лікування *H. pylori*-інфекції може сприяти повному відновленню слизової оболонки шлунка. Ерадикація *H. pylori* може зменшити або усунути симптоми диспепсії і зазвичай виліковує виразку. Якщо *H. pylori*-асоційований гастрит розвинувся в більш тяжкі форми (атрофічний гастрит з/без кишкової метаплазії, гастрит тіла шлунка тяжкого ступеня), ризик розвитку раку шлунка підвищується. Ерадикація інфекції на цьому етапі має бути об'єднана зі стратегією спостереження за пацієнтом.

H. pylori-асоційований гастрит у багатьох пацієнтів є причиною диспепсії, як функціональної, так і нефункціональної. Це важливо брати до уваги, але ерадикацію *H. pylori* потрібно проводити завжди, адже вона є терапією 1-ї лінії *H. pylori*-інфікованих пацієнтів з диспепсією. Якщо симптоми залишаються і після успішно проведеної ерадикації *H. pylori*, слід діагностувати ФД. «Усі аспекти, що стосуються *H. pylori*-асоційованої диспепсії, знайшли відображення у вже опублікованому діагностичному алгоритмі», — підсумував доповідач.

Сергій Ткач, професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, докладно зупинився на практичних питаннях вибору інгібіторів протонної помпи (ІПП) з урахуванням еволюції лікування кислотозалежних захворювань. Зокрема, він зауважив, що за більш як 25 років застосування препарати цієї групи зарекомендували себе як високоефективні та безпечні (завдяки чому їх можна застосовувати довготривало). Нині на фармацевтичному ринку, у тому числі вітчизняному, в обігу чимала кількість таких препаратів різних поколінь — як оригінальних, так і генериків. Тож лікарю важливо орієнтуватися у перевагах кожного з них. Для спрощення цього завдання автор доповіді рекомендував використовувати класифікацію ІПП. Наразі добре відомі показання до застосування ІПП, такі як: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ФД, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, гастропатії, зумовлені прийомом нестероїдних протизапальних засобів, кровотеча з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, синдром Золінгера — Елісона, ерадикація *H. pylori*-інфекції та відносно нові показання (підвищення ефективності замісної ферментної терапії при екзокринній панкреатичній недостатності, зменшення всмоктування заліза при гемохроматозі).

С. Ткач звернув увагу на відсутність відмінностей в ефективності різних ІПП при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі. Разом з цим ІПП 2-го покоління, завдяки іншому типу метаболізму, менш залежні від генетичного поліморфізму CYP 2C19, володіють меншою кількістю міжмедикаментозних взаємодій і більшою безпекою. Зокрема пантопразол — найбільш pH-селективний препарат, який має кращий фармакокінетичний профіль — можна застосовувати тривалий час для підтримувального лікування без ризику розвитку побічних ефектів, особливо за необхідності проведення комбінованої терапії.

Ірина Палій, професор кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, представила доповідь «Функціональна диспепсія. Сучасний алгоритм терапії», яка викликала неабияке зацікавлення лікарів. Симптоми диспепсії належать до найбільш розповсюджених скарг хворих гастроентерологічного профілю і можуть свідчити про наявність як функціональних, так і органічних захворювань. Термін «диспепсія» в останні десятиліття зазнав значної еволюції. Якщо раніше під диспепсією у вітчизняній медицині розуміли так звану аліментарну диспепсію (тобто невідповідність можливостей травних ферментів обсягу та/або складу прийнятої їжі), то наразі з'явилося нове трактування, яке прийшло із західної медичної практики. Синдром диспепсії сьогодні — поняття, що використовують на початкових етапах діагностики або за неможливості проведення поглибленого діагностичного пошуку. У разі подальшого обстеження він може бути розшифрований в органічну диспепсію, тобто гастрит, виразку шлунка та дванадцятипалої кишки тощо або в ФД. Власне на сьогодні під ФД розуміють ті випадки диспепсії, коли при ретельному гастроентерологічному обстеженні її причину встановити не вдається.

У розвитку захворювання можуть мати значення такі фактори, як: гіперсекреція соляної кислоти, аліментарні огріхи, психогенні чинники, порушення моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (стравохідно-шлунковий рефлюкс, уповільнення евакуації зі шлунка, порушення антродуоденальної координації), зниження порогу чутливості стінки шлунка до розтягування, *H. pylori*-інфекція.

Лікування ФД має бути комплексним і включати рекомендації з дієти, режиму та способу життя, медикаментозну терапію і, за необхідності, психотерапевтичні методи. Медикаментозну терапію проводять залежно від клінічного варіанта ФД і провідних диспептичних симптомів, але, враховуючи доведену роль дискінезії шлунка і дванадцятипалої кишки (в основному за гіпокінетичним типом) у виникненні симптомів ФД, обов'язковим компонентом лікування при будь-яких її клінічних формах вважають прокінетики. Останні призначають, у першу чергу, пацієнтам із переважанням таких симптомів, як відчуття переповнення, швидкого насичення після їди, здуття живота. За наявності епігастрального болю широко застосовують антисекреторні препарати — ІПП та блокатори H_2-гістамінових рецепторів. Натомість І. Палій повідомила, що метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень не виявив переваги ІПП перед плацебо при лікуванні ФД. До того ж, хороший ефект ІПП відзначають лише в пацієнтів з епігастральним болем і симптомами рефлюксу, але не з симптомами, залежними від прийому їжі (відрижка, здуття живота).

Завершила свій виступ І. Палій дуже доречною цитатою Дж.К. Джерома: «Друзі мої, не прагніть бути моральними і справедливими! Дбайте невсипно про свій шлунок, наповнюйте його старанно і зважено. І тоді без всяких зусиль з вашого боку в душі вашій запанують спокій і чеснота; і ви станете добрим громадянином, люблячим чоловіком, ніжним батьком, благородною і благочестивою людиною».

Тетяна Стасенко,
фото автора