



II НАУЧНАЯ СЕССИЯ ИНСТИТУТА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ «НОВЕЙШИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ И ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ»



19–20 июня в Днепропетровске под эгидой Национальной академии медицинских наук Украины, Министерства здравоохранения Украины, ГУ здравоохранения Днепропетровской облгосадминистрации состоялась II научная сессия Института гастроэнтерологии НАМН Украины «Новейшие технологии в клинической и теоретической гастроэнтерологии».

Организаторы форума — ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» и ВОО «Украинская гастроэнтерологическая ассоциация».

Научный руководитель конференции — доктор медицинских наук, профессор, директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», главный специалист НАМН Украины по гастроэнтерологии и диетологии,

заслуженный врач Украины, вице-президент ВОО «Украинская гастроэнтерологическая ассоциация» Юрий Миронович Степанов.

В работе сессии приняли участие ведущие ученые, главные внештатные специалисты по гастроэнтерологии, врачи-гастроэнтерологи, хирурги, врачи общей практики (семейные врачи, терапевты, педиатры) и др.

Научная сессия была торжественно открыта приветствием Национальной академии медицинских наук Украины от имени президента НАМН Украины профессора Андрея Михайловича Сердюка, в котором отмечено, что Институт гастроэнтерологии НАМН Украины является главным научным, методическим и лечебно-диагностическим учреждением по проблеме «Гастроэнтерология», а также учебной базой для последипломной подготовки специалистов по вопросам гастроэнтерологии. На основе высокотехнологичных методов исследования институт плодотворно решает свою основную задачу — сохранение и улучшение здоровья населения Украины в части болезней органов



**А. М. Сердюк,
профессор**



пищеварения. За последние 3 года в институте существенно обновлена ресурсная база, приобретена и введена в эксплуатацию новая диагностическая аппаратура, с целью оказания высокоспециализированной гастроэнтерологической помощи детям открыто отделение детской гастроэнтерологии, расширен диапазон терапевтической помощи и хирургических вмешательств. Это выводит институт на международный уровень качества медицинской помощи.

От Министерства здравоохранения Украины сессию приветствовал главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «гастроэнтерология» доктор медицинских наук, профессор Вадим Петрович Шипулин, который охарактеризовал институт как учреждение, которое успешно сочетает клиническую работу с организационной. По инициативе института была создана и функционирует проблемная комиссия «Гастроэнтерология», Украинская гастроэнтерологическая ассоциация, координируются рабочие группы МЗ Украины по созданию клинических руководств по специальности «гастроэнтерология», вносятся предложения в министерство по улучшению специализированной помощи в соответствии с реальными требованиями и потребностями настоящего времени. Особо была отмечена роль кафедры гастроэнтерологии и терапии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», которой в 2014 году исполнилось 35 лет. Кафедра позволяет внедрять как мировые, так и полученные в институте результаты исследований в практику здравоохранения, обучать врачей на курсах повышения квалификации, предаттестационных курсах. Все это способствует модернизации медицинской отрасли Украины, ускорению интеграции нашей страны в европейское сообщество.

От Днепропетровской облгосадминистрации научный форум приветствовал заместитель главы областной Днепропетровской администрации д.м.н. В.А. Павлов, который проанализировал положительные преобразования института в последние годы, его научные достижения, оценил вклад института и кафедры в практическое здравоохранение области и страны в целом, а также повышение квалификации медицинских кадров. Кроме того, прозвучало приветствие от врачей-гастроэнтерологов нашей страны, которое представил вице-президент ВОО «Украинская гастроэнтерологическая ассоциация», профессор О.Я. Бабак.

В рамках данного мероприятия были проведены 4 пленарных, 2 секционных заседания, 2 сателлитных симпозиума, постерная сессия, на которой рассматривались наиболее важные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения патологии органов пищеварения. Сообщения были посвящены патологии

поджелудочной железы, гепатобилиарной системы, кишечника, профилактике, диагностике и лечению заболеваний. Было проведено отдельное секционное заседание по проблеме заболеваний органов пищеварения у детей. Значительная часть сообщений была основана на доказательной базе и результатах собственных исследований.

Институт представил 20 докладов молодых ученых, в которых были освещены результаты исследований в гастроэнтерологии на современном уровне.

1 секционное заседание открыл директор института профессор Ю.М. Степанов программным докладом «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины: научные позиции и перспективы».

В докладе были изложены статистические данные о росте заболеваемости пищеварительной системы за последние 5 лет (2009–2013 гг.), занимающей третье место в общей структуре хронической заболеваемости населения Украины.

Отмечены приоритетные направления научной деятельности:

- изучение механизмов прогрессирования воспалительных и фиброзных процессов при хронических диффузных заболеваниях печени и поджелудочной железы, их осложнений и оптимизация диагностики и лечения;

- усовершенствование ранней диагностики предраковых изменений органов пищеварения и разработка эффективных лечебных программ для торможения патологического процесса;

- разработка эффективных методов диагностики и лечения неспецифических воспалительных заболеваний кишечника на основании изучения патогенетических механизмов их развития с учетом внекишечных изменений и адаптационных возможностей больных;

- разработка и усовершенствование мини-инвазивных хирургических технологий при заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной системы и их осложнениях;

- внедрение в учреждения практического здравоохранения стандартов обследования и лечения больных гастроэнтерологического профиля на всех этапах оказания медицинской помощи.

Доложены результаты научно-исследовательской работы, проводимой совместно с Институтом электросварки им. Е.О. Патона НАН Украины, посвященной изучению возможности применения принципов сварки тканей с целью усовершенствования хирургических вмешательств. В докладе профессор Ю.М. Степанов отметил работу каждого отдела института, охарактеризовал его кадровый и научный потенциал.



**В.П. Шипулин,
профессор**



**Ю.М. Степанов,
профессор**

Несмотря на значительные финансовые трудности, в 2013 году было открыто отделение детской гастроэнтерологии на 20 коек, а также приобретено новое оборудование:

- видеолaparоскопическая стойка Stotz, Германия, ультразвуковой скальпель Olympus, Япония, рентгенохирургическая С-образная система MCA, Италия, новые кардиомонитор, пульсоксиметры и аппарат искусственной вентиляции легких; это значительно расширило возможности и качество выполнения хирургических вмешательств, а также позволило усовершенствовать их диапазон;

- стационарный рентгенокомплекс Orea, Италия;

- ультразвуковые аппараты экспертного класса Toshiba Xario SSA-660A — 2013 и Radmir Ultima, которые позволяют производить весь спектр исследований;

- видеоэндоскопическая система Evisexera III, гастроскоп Olympusgif-190, позволяющий проводить узкоспектральную эндоскопию и эндоскопию с высоким разрешением.

В ближайшие годы институт планирует выйти на самый высокий международный уровень диагностики и лечения больных гастроэнтерологического профиля, создать Всеукраинский центр мониторинга стеатоза и фиброза при диффузных заболеваниях печени.



**Т.Д. Звягинцева,
профессор**

С докладом «Коррекция жирового обмена у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) на фоне саркопенического ожирения» выступила член-корр. НАМН Украины, профессор Н.В. Харченко. Было отмечено, что ожирением страдает 7 % населения земного шара. Нарушение жирового обмена диагностируется у 60–70 % населения. Коррекция нарушенных метаболических процессов с использованием индивидуально разработанной диеты, L-карнитина у пациентов с НАСГ на фоне саркопенического ожирения является перспективным методом лечения. Коррекция показателей требует обязательного включения дозированных физических нагрузок. Проблеме неалкогольного стеатогепатита был посвящен доклад профессора Т.Д. Звягинцевой, в котором автор раскрыла современный взгляд на механизмы его развития и принципы лечения.

Сочетанию неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с сахарным диабетом 2-го типа был посвящен доклад профессора О.Я. Бабака «Неалкогольная жировая болезнь печени и сахарный диабет», в котором представлены данные о распространенности сахарного диабета 2-го типа, ставшего, как и метаболический синдром, болезнью века: в Украине зарегистрировано более 1 млн больных СД (около 2 %

населения). Понимание механизмов формирования и прогрессирования изменений в печени при СД позволило использовать такой термин, как «неалкогольная жировая болезнь печени». Представлена стратегия ведения пациентов с НАЖБП и СД 2-го типа, фармакологическая коррекция, критерии выбора гепатопротектора для больных НАЖБП и СД 2-го типа, отмечено, что целесообразно использовать натуральные поликомпонентные гепатопротекторы, оказывающие многоплановое влияние на все основные звенья патогенеза как НАЖБП, так и СД 2-го типа, а также цитопротекторную терапию.



О.Я. Бабак, профессор

В докладе профессора Ю.М. Степанова «Современная научная платформа лечения заболеваний печени, сопровождающихся фиброзом» освещены причины возникновения, этапы формирования фиброза печени (ФП). Установлено, что независимыми предикторами развития фиброза печени являются возраст пациента и воспалительный процесс в печени в начальной стадии. Раскрыты патогенетические точки соприкосновения стеатоза и фиброза печени. Изложены результаты собственного наблюдения, установлено, что у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени уже на стадии стеатоза отмечается активация процессов липопероксидации на фоне угнетения системы антиоксидантной защиты с дальнейшим формированием ФП первой и второй стадии, что подтверждено гистологическим исследованием. При стеатогепатите чаще наблюдали фиброз с преобладанием перивенулярного, портального и перипортального процессов. Определены методы лечения: устранение и/или нивелирование этиологических факторов, воздействие на процесс фиброгенеза, ингибирование апоптоза гепатоцитов, антиоксидантная терапия.

Профессор Г.Д. Фадеенко также посвятила свой доклад проблеме лечения и профилактики фиброза печени. В нем были освещены этапы изучения фиброгенеза в печени, морфологические данные, патогенез, этиология, профилактика и лечение. Было отмечено, что в основе нарушения равновесия между процессами фиброобразования и регенерации лежит накопление внеклеточного матрикса (ВКМ) печени, уровень которого при хроническом поражении



**Г.Д. Фадеенко,
профессор**

печени в 6–10 раз превышает нормальные показатели; основным генератором избыточного ВКМ являются клетки Ито. Определены факторы, влияющие на обратимость ФП: генетическая предрасположенность; влияние этиологических факторов (длительность и выраженность воздействия этих факторов на печеночную ткань); локализация, распространенность и стадия фибротического процесса; давность существования фиброзной ткани; компоненты фиброзной ткани. Современные данные свидетельствуют о возможной обратимости фиброза печени (как в эксперименте, так и в клинических наблюдениях). Основными принципами лечения фиброза печени являются: устранение этиологических факторов; торможение фиброза (воздействие на клетки Ито, оксидативный стресс, активаторы воспаления гепатоцитов). Подчеркнуто, что использование средств патогенетической терапии при фиброзе печени приводит к ожидаемым результатам.



В.И. Диденко,
канд. мед. наук

В докладе «Методы оценки фиброза и стеатоза» канд. мед. наук **В.И. Диденко** охарактеризовал метафизиологическую холистическую теорию триединства применимо к медицине и к процессу фиброза печени, остановился на роли CD⁴⁺ Т-лимфоцитов в патогенезе НАЖБП, а также сигнального пути Hedgehog (Hh) в развитии фиброза при НАЖБП, кроме того, дал морфологическую характеристику стеатогепатита, основанную на собственных исследованиях. Методы неинвазивной диагностики фиброза печени в настоящее время активно развиваются, однако трепанбиопсия пока остается наиболее достоверным способом получения информации о степени поражения печени.

Доклад «Оценка фиброза печени у больных неалкогольной жировой болезнью печени при помощи аппарата FibroScan-502-Touch» канд. мед. наук **В.Б. Ягмур** раскрывает возможности диагностики НАЖБП при помощи FibroScan-502-Touch. В результате проведенного исследования выяснилось, что пациентам с идиопатическим повышением уровня трансаминаз и отсутствием признаков стеатоза по данным сонографии целесообразно проводить эластометрию и измерение САР печени для исключения ее жировой дистрофии и определения степени фиброза. Особо отмечено, что у пациентов с НАЖБП степень фиброза не зависела от степени жировой дистрофии печени. При НАЖБП с выраженным фиброзом (F3) наблюдается повышение значений ГГПТ, что трактуется как один из признаков прогрессирования фиброза у пациентов с НАЖБП.

Канд. мед. наук, заслуженный врач Украины, президент Украинской ассоциации специалистов по УЗИ **О.Б. Дышник** представил доклад «Клинико-экспериментальные исследования жесткости тканей печени методом сдвиговой эластографии при неалкогольной жировой болезни печени». В результате проведенного эксперимента на крысах было установлено, что жесткость паренхимы печени может повышаться в зависимости от степени накопления жира при отсутствии морфологических признаков фиброза. В ходе клинических исследований продемонстрировано, что у больных с НАЖБП наблюдается статистически достоверный рост жесткости паренхимы печени при повышенной активности трансаминаз на 44,6 % и соответственно на 32,3 % — у пациентов с нормальным их значением. Таким образом, увеличение показателей жесткости ткани печени зависит от накопления жира в ее клетках, наличия и степени воспалительного процесса и степени фиброза.

Доктор медицинских наук **Е.В. Колесникова** представила доклад «Печень и сердце: точки соприкосновения и профилактики», в котором охарактеризовала основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): АГ, гиперхолестеринемия, курение, недостаточное потребление овощей и фруктов, избыточная масса тела, избыточное потребление алкоголя, гиподинамия, а кроме того — воспаление, эндотелиальная дисфункция, гиперкоагуляция, инсулиновая резистентность. Метаанализ связи сердечно-сосудистых заболеваний и НАЖБП в 15 исследованиях (25 000 человек) доказал, что увеличение риска атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний при НАЖБП — 19,8 % против 8,2 % у лиц без НАЖБП ($p < 0,001$). Основная концепция — рассматривать организм человека как единое целое, т.к. существует универсальный механизм повреждения клеток, и дисфункция эндотелия влияет на состояние звездчатых клеток печени. Стратегия терапии НАЖБП и ССЗ: профилактика на доклинической стадии заболевания; ранняя профилактика осложнений заболевания печени и сердечно-сосудистой системы, улучшение качества жизни пациента; интеграция диеты и физических упражнений в комплексную терапию НАЖБП и ССЗ. В лекарственной терапии пациентов с НАЖБП и кардиоваскулярным риском рекомендуется применять комбинацию «статины + цитопротекторы».

Доктор медицинских наук **Е.В. Колесникова**

представила доклад «Печень и сердце: точки соприкосновения и профилактики», в котором охарактеризовала основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): АГ, гиперхолестеринемия, курение, недостаточное потребление овощей и фруктов, избыточная масса тела, избыточное потребление алкоголя, гиподинамия, а кроме того — воспаление, эндотелиальная дисфункция, гиперкоагуляция, инсулиновая резистентность. Метаанализ связи сердечно-сосудистых заболеваний и НАЖБП в 15 исследованиях (25 000 человек) доказал, что увеличение риска атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний при НАЖБП — 19,8 % против 8,2 % у лиц без НАЖБП ($p < 0,001$). Основная концепция — рассматривать организм человека как единое целое, т.к. существует универсальный механизм повреждения клеток, и дисфункция эндотелия влияет на состояние звездчатых клеток печени. Стратегия терапии НАЖБП и ССЗ: профилактика на доклинической стадии заболевания; ранняя профилактика осложнений заболевания печени и сердечно-сосудистой системы, улучшение качества жизни пациента; интеграция диеты и физических упражнений в комплексную терапию НАЖБП и ССЗ. В лекарственной терапии пациентов с НАЖБП и кардиоваскулярным риском рекомендуется применять комбинацию «статины + цитопротекторы».



Е.В. Колесникова,
доктор медицинских наук

Доклад «Алкогольное повреждение печени и поджелудочной железы: патогенетический подход к лечению» представил доцент **В.В. Чернявский**. На сегодняшний день острый панкреатит (ОП) остается актуальной проблемой: заболеваемость колеблется от 4,9 до 73,4 случая на 100 000 с тенденцией к повышению в последние десятилетия. Согласно мировым данным, наиболее распространенными причинами являются



В.В. Чернявский, доцент

Актуальным является вопрос о противовоспалительной терапии ОП и острого гастрита (ОГ): доказана эффективность стероидных противовоспалительных препаратов при ХП, в случае острого панкреатита ключ к проблеме так и не был найден. Слаженная работа гастроэнтеролога и хирурга должна проявляться не только на этапах помощи больному с развившимся ОП, но и в рамках его профилактики.

В докладе «Опыт использования компьютерной морфометрии в диагностике фиброзирующих заболеваний печени и поджелудочной железы» **Н.Ю. Ошмянская**, показала, что метод позволяет определить степень фиброза паренхиматозных органов, с высокой точностью оценить стадию и характер цирротических и предцирротических изменений при поражениях печени, и продемонстрировала значения КИФ, соответствующие различным стадиям фиброза в печени и поджелудочной железе.



И.Н. Скрипник, профессор, член EASL, AGA

подтверждается строго клиническими и гистологическими данными и тесно связан с клиническим выздоровлением. Этиотропная терапия — наиболее эффективное антифибротическое лечение. Направления терапии ЦП: этиотропное лечение и диетотерапия; гепатопротекция; лечение портальной гипертензии; коррекция отечно-асцитического синдрома; лечение и профилактика печеночной энцефалопатии.

В докладе «Современные технологии лечения объемных образований печени» профессор **А.М. Тищенко** отметил, что основными условиями успеха являются:

конкременты в желчных протоках (40–70 %) и алкоголь (25–35 %). Основные задачи при выборе тактики ведения пациента — возможность снижения дороговизны лечения, упрощение алгоритма курации пациента, слаженное сотрудничество врачей разных специальностей (хирургия, гастроэнтерология, реанимация и интенсивная терапия).

Профессор, член EASL, AGA И.Н. Скрипник в докладе «Цирроз печени: современные подходы к лечению» представил новый взгляд на патогенез ЦП и требования к регрессу: контроль активности заболевания, улучшение венозного оттока, что обуславливает более заметное снижение тканевого давления. Регресс фиброза/цирроза печени

использование высокотехнологической аппаратуры, специализированное обучение команды, определение приоритетных направлений работы. Необходимо использование интраоперационной холангиографии, ГДС. Представлен опыт хирургического лечения пациентов с объемными образованиями печени за 5 лет. Определен алгоритм обследования и лечения пациентов с МКР, отбор пациентов для резекции печени, характер выполненных оперативных вмешательств. Представлены результаты выполненных резекций печени — 327, послеоперационные осложнения — 24,2 %, послеоперационный койко-день — 9,7, летальность — 3,05 % (все пациенты онкологического профиля).

Профессор О.А. Голубовская представила доклад «Патогенетическая терапия хронического гепатита С», в котором отметила, что, согласно современным глобальным оценкам, на вирусные гепатиты каждый год приходится почти 1 млн случаев смерти, что соответствует уровню смертности от ВИЧ/СПИДа и превышает смертность от туберкулеза и малярии. В Европейском регионе каждый год около 36 000 человек умирают от гепатита В, и еще 86 000 человек — от гепатита С. Отмечено, что во исполнение решений 63 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Кабинет министров Украины одобрил концепцию Государственной целевой программы профилактики, диагностики и лечения вирусных гепатитов на период до 2016 года. Определены основные задания программы, разработан «Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) медицинской помощи взрослым и детям при вирусном гепатите С».

Основные требования к результатам лечения: антифибротическое действие; снижение холестаза; уменьшение побочных эффектов противовирусной терапии; антидепрессивное действие. Дефицит адеметионина — одна из причин, из-за которых печень не справляется с метаболической детоксикацией при вирусных гепатитах. Применение адеметионина позволяет: снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты; стабилизировать вязкость клеточных мембран и активизировать работу связанных с ними ферментов; предотвратить прогрессирование холестатических процессов.

В докладе доцента, канд. мед. наук **И.Я. Будзак** «Новые комбинированные гепатопротекторы при заболеваниях печени и желчевыводящих путей» уделено внимание диагностике хронических диффузных заболеваний печени: оценке клинической картины (субъективные симптомы и объективные признаки); инструментальной и лабораторной диагностике (ультразвуковое исследование, компьютерная томография и другие); рассмотрены вопросы лабораторных синдромов: шитолитического и мезенхимально-воспалительного.

Освещены основные направления лечения хронических диффузных заболеваний печени: устранение или уменьшение этиологического фактора; противовирусная терапия (при вирусной этиологии); полный отказ от алкоголя (при алкогольной этиологии); по-

степенное снижение избыточной массы тела, нормализация глюкозы (при жировой болезни печени); использование глюкокортикоидов, цитостатиков (при аутоиммунной этиологии); использование УДХК, устранение механических препятствий в желчных протоках (при холестатической этиологии); устранение токсических факторов и, при возможности, гепатотоксических медикаментов (при токсической или медикаментозной этиологии); использование купренила (при болезни Вильсона — Коновалова).



Г.В. Оседло, полковник мед. службы, профессор

Проблеме билиарной патологии посвящены следующие два сообщения. В первом докладе **полковника мед. службы, проф. Г.В. Оседло** рассмотрены факторы риска развития ЖКХ, механизмы образования конкрементов, факторы коллоидной стабильности желчи, причины перенасыщения желчи ХС, взаимосвязь нарушения кишечного микробиоценоза и ФХХК, ультрасонографические критерии

физико-химической стадии холестеринового калькулеза, патогенетические подходы к медикаментозной коррекции ФХХК. В терапевтической практике появилась реальная возможность диагностировать ФХХК при помощи ультразвукового исследования с дальнейшей коррекцией препаратами урсодезоксихолевой кислоты и эссенциальных фосфолипидов.

Систематический обзор **кандидатов медицинских наук В.Н. Гладун и И.Ю. Скирды** посвящен проблеме суммарных показателей диагностической точности методов визуализации при остром холецистите с использованием современных методов метаанализа диагностических исследований. Стратегия поиска включала поиск в электронных базах данных без языковых ограничений с января 2000 до февраля 2014 года с поисковыми терминами «холецистит», «УЗИ», «холесцинтиграфия», «КТ» и «МРТ». За основу взяты Токийские рекомендации 2013 года, отражающие диагностические критерии стандартизации диагностики и оценки тяжести острого холецистита. На основе доступной литературы обобщены оценки диагностической точности МРТ, они сопоставимы с УЗИ. Дальнейшие исследования необходимы для более точной оценки точности МРТ для диагностики ОХ. Данные о диагностической точности КТ недостаточны и остаются неуточненными.

В докладе «Хронический гастрит и функциональная диспепсия: современный взгляд на проблему» **профессор С.М. Ткач** представил данные о распространенности хронического гастрита (ХГ) в разных странах и возрастных группах, которая колеблется в пределах от 20–30 до 60–90 % всей взрослой популяции. С ХГ на диспансерном учете в Украине стоит 1 100 000 пациен-

тов. Основной причиной хронического гастрита (в Украине + 90–95 % всех случаев) признана *H.pylori* (HP). Определены потенциальные исходы инфекции *H.pylori*, клинические и патофизиологические последствия инфицированности *H.pylori*, участие *H.pylori* в канцерогенезе (каскад



С.М. Ткач, профессор

P. Correa). ХГ признан прогрессирующим заболеванием, которое протекает бессимптомно, а его исходом является атрофия слизистой оболочки желудка, которая рассматривается как предраковое состояние, способствующее развитию предраковых изменений (кишечная метаплазия, дисплазия) и/или рака желудка. В докладе сопоставлены признаки сходства и различия между ХГ и функциональной диспепсией (ФД), за основу взяты Римские критерии III. Представлена основная стратегия лечения ХГ и ФД.

В своем докладе «Хронический гастрит. Канцеропревенция» **профессор Ю.М. Степанов** отметил, что сегодня глобальной остается проблема рака желудка и предупреждения его развития. При раке желудка высока инфицированность *H.pylori* — 60–80 %. К заболеваниям, имеющим риск развития рака желудка, относится хронический гастрит, ассоциация которого с *H.pylori* — 90 %, поэтому эрадикация *H.pylori* является одной из мер профилактики рака желудка. В докладе приведена сравнительная оценка эффективности и безопасности 3 вариантов терапии хронического гастрита, ассоциированного с *H.pylori*. Добавление де-нола к тройной терапии увеличивает эффективность эрадикации на 20 %, а также защищает слизистую оболочку желудка от оксидантного стресса, сопровождающегося повреждением ДНК. Важнейшим условием предупреждения рака желудка является поэтапное проведение первичной, вторичной и третичной профилактики.

Доцент В.В. Чернявский представил доклад «Ведение пациентов с неисследованной диспепсией: 10-летний опыт применения стратегии «test-and-treat». Отмечено, что 15–25 % населения испытывают симптомы диспепсии в течение года и до 5 % первичных обращений за медицинской помощью обусловлены диспепсией. Первичная тактика при симптомах диспепсии в соответствии с положениями Маастрихт-4 включает эрадикацию HP-инфекции. После успешной эрадикации у мужчин частота хороших результатов почти в два раза выше, чем у женщин. Установлено, что неинвазивная стратегия «тестировать и лечить» применима в Украине и предпочтительнее варианта с эмпирической терапией ингибиторами протонной помпы (ИПП) (HP > 20 %), возрастной порог обязательного применения фиброэзофагогастро-дуоденоскопии (ФЭГДС) (+ тест на HP, + биопсия!) у пациентов без тревожных симптомов — 39 лет для мужчин и 51 год для женщин.



Е.Ю. Губская, д-р мед. наук

В докладе «Современные подходы к коррекции клинических проявлений функциональной диспепсии» д-р мед. наук **Е.Ю. Губская** раскрыла причины функциональной диспепсии. Патогенез ФД остается неясным, так как предполагается несколько механизмов развития. Выделены основные гипотезы относительно роли *H.pylori*, которая может становиться причиной глад-

комышечной дисфункции за счет индукции хронического воспаления или вследствие выработки антител. Воспаление, индуцированное *H.pylori*, может снижать порог восприятия дискомфорта, возникающего в ответ на растяжение желудка, за счет изменений чувствительности энтеральной и/или центральной нервной системы. Определены дальнейшие подходы к лечению — это прокинетики, ноцицептивные агенты для больных с персистенцией симптоматики после 4-недельного курса лечения прокинетиками или для лиц, толерантных к прокинетикам, психотерапия рекомендуется мотивированным пациентам, симптоматика которых ассоциирована со стрессорами.

В докладе «Антихеликобактерная терапия: успехи и пути преодоления неудач» профессор **И.Н. Скрипник** отметил, что около 50 % населения мира инфицировано НР. Определены факторы детерминирования НР: резистентность к антибиотикам; их бесконтрольный и необоснованный прием точечные мутации, обуславливающие альтерацию механизмов действия. Автором представлены оптимизированные методы лечения: высокодозовая ИПП-терапия — повышает эффективность амоксициллина и кларитромицина; предотвращает развитие репликативных резистентных штаммов; позволяет преодолеть фенотип «быстрых метаболизаторов» CYP2C19. Длительность — 14 дней. Первая линия антихеликобактерной терапии (АХБТ) ↑ до 10–14 дней; целесообразно АХБТ + пре- и пробиотики (↓ побочные эффекты); вторая линия АХБТ: тройная терапия: ИПП-лево-амо (эффект — 85–90 %; последовательная терапия (эффект > 90 %); диагностика НР — неинвазивные тесты; внедрение методов определения чувствительности НР к антибиотикам (бактериологические и молекулярные). Той же проблеме был посвящен доклад профессора **Г.В. Оседло**, которая отметила, что при последовательной АХБТ имеют место преобладание полезности расходов на 50 % и лучшая ее переносимость, что дает основания рекомендовать последовательную схему к широкому применению при лечении НР-ассоциируемых заболеваний органов пищеварения.

Профессор **Ю.М. Степанов** представил доклад «Новости антисекреторной терапии ГЭРБ» (по материалам

Европейского конгресса OESO-2013). В нем даны рекомендации по диагностике пищевода Барретта, в т.ч. по применению биологических маркеров, капсульной микроэндоскопии. Рекомендации по лечению пищевода Барретта: пациентам с высокой степенью дисплазии показана эндоскопическая абляция — у пациентов с пищеводом Барретта или аденокарциномой пищевода после проведения радиочастотной абляции и/или эндоскопической резекции слизистой рецидив возникает в 10,6 % случаев. Время до рецидива значительно больше в группе комбинированной терапии по сравнению с только радиочастотной абляцией.

В настоящее время усилия специалистов должны быть направлены на усовершенствование способов диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), своевременную регистрацию формирования пищевода Барретта у каждого конкретного пациента. Своевременно проведенная, адекватная терапия пищевода Барретта с использованием новых технологий позволяет снизить предраковый потенциал указанного заболевания и вероятность развития рака пищевода.

Той же проблеме был посвящен доклад «Новые позиции в диагностике и лечении ГЭРБ» канд. мед. наук, доцента **И.Я. Будзак**, который отметил, что амбулаторный мониторинг пищевода рефлюкса рекомендуется при рассмотрении вопроса об операции. Данный метод является единственным, подтверждающим связь симптомов с рефлюксом. При наличии пищевода Барретта амбулаторный мониторинг пищевода рефлюкса не требуется для диагностики. Скрининг *H.pylori* не является обязательным для всех больных с ГЭРБ. Эрадикация *H.pylori* не является рутинной в антирефлюксной терапии. Ключевые средства в лечении ГЭРБ — ингибиторы протонной помпы. Предложена тактика применения ИПП при ГЭРБ: основная терапия, противорецидивная терапия, терапия по требованию. Антисекреторные средства (прокинетики, баклофен) не рекомендуются без дополнительной диагностической оценки. Основные выводы исследований: эффективное лечение ГЭРБ должно включать этапное применение ИПП с достижением контроля симптомов и эндоскопической нормализации. В случае необходимости длительного применения ИПП максимальную доказательную базу имеет пантопризол.

В сообщении «Эндоскопия с увеличением и NBI в диагностике поражений слизистой оболочки ЖКТ» канд. мед. наук **Е.А. Крылова** представила данные о развитии эндоскопии и применении видеоэндоскопии при раке желудка. Видеоэндоскопы постоянно совершенствуются, основной задачей модернизации эндоскопической аппаратуры остается повышение ее возможностей для диагностики поражений, в первую очередь предраковых состояний и изменений, раннего рака слизистой оболочки органов пищеварительного тракта. В мире ежегодно диагностируется около 1 млн новых случаев рака желудка, по данным ВОЗ. Эндоскопия с режимами высокого увеличения, высокого разрешения, узкоспектральной визуализации (NBI) позволяет: детально изучить микроструктуру слизистой

оболочки и архитектуру сосудов, выполнять точный забор биопсии с одновременным уменьшением количества биоптатов. Представлена современная классификация ямочного и сосудистого рисунка — VS-классификация («V» — vascular, «S» — surface). Эндоскопия в режиме NBI позволяет более четко визуализировать кишечную метаплазию слизистой оболочки желудка. Канцерогенез — длительный процесс. Это дает врачу время и инструмент для выявления тех процессов, которые с высокой вероятностью приведут к развитию рака, а также шанс прервать эти изменения, предупредить развитие рака, застать его на самой ранней стадии предрака или неинвазивного роста.

Кандидат медицинских наук И.В. Кушниренко в докладе «Современные аспекты кандидоза слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта» охарактеризовала классификацию, способы диагностики и этапы патогенеза кандидоза: адгезия, инвазия, кандидемия, висцеральные поражения. Автором представлен разработанный алгоритм лечебных мероприятий при кандидозе полости рта, пищевода и/или желудка: применение полного лечебного комплекса у пациентов с кандидозом слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с включением адекватных доз противогрибковых препаратов, иммуномодуляторов, антиоксидантов, пробиотиков позволит получить удовлетворительные результаты лечения данной группы пациентов.

Доклад «Психологическая дезадаптация пациентов с ГЭРБ» представила д-р мед. наук **Л.Н. Мосийчук**. Она ознакомила аудиторию с данными о резком увеличении численности больных с психосоматической патологией. Психосоматические расстройства среди контингента многопрофильных больниц доходят до 53,6 %. Основными катализаторами, провоцирующими и определяющими развитие психологических проблем, являются психоэмоциональные и социальные стрессы. Индивидуальное восприятие дистресса — ключевой фактор, способствующий развитию дезадаптации. Распространенность психологического дистресса в общей популяции пациентов с ГЭРБ составляет 40,6 %. При этом ответ на лечение ИПП находится в обратной зависимости от степени психологической дезадаптации. Психосоматические синдромы у больных ГЭРБ, не ответивших на лечение: астения — чувство повышенной усталости, истощения, эмоциональной лабильности; ипохондрия — фиксация на проблемах собственного здоровья, постоянная озабоченность по этому поводу; жалобы и беспокойство, конверсионное расстройство (истерия) — демонстрация симптомов физического заболевания в качестве средства разрешения сложных ситуаций. Больные ГЭРБ, у которых наблюдается неоднократная неэффективность лечения ИПП с соответствующим снижением качества жизни, нуждаются в психологической оценке и соответствующей коррекции.

Профессор И.П. Катеренчук в докладе «Особенности язвообразования и проблемные аспекты терапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной

зоны у пациентов с сердечно-сосудистой патологией» сообщил, что у кардиологических больных частота гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений достигает 22–41 %, из них на долю пациентов с ИБС приходится 77,5–79,0 %. Кардиохирургические вмешательства нередко сопровождаются острыми язвами слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Гастродуоденальные кровотечения усиливают тяжесть состояния кардиохирургических пациентов. Основным механизмом язвообразования у больных с СС-заболеваниями являются расстройства гемодинамики (нарушение микроциркуляции в артериолах стенки желудка и двенадцатиперстной кишки), парез гладкой мускулатуры, выбросы гормонов коркового слоя надпочечников, что запускает «порочный круг». β -адреноблокаторы, активно применяющиеся при сердечной патологии, способствуют выделению слизи, содержащей бикарбонаты, которая защищает поверхностный эпителий желудка от кислотно-пептической и механической агрессии желудочного содержимого, кроме того, эти препараты, подавляя секрецию гастрина, опосредованно снижают кислотность желудочного содержимого.

Профессор А.Э. Дорофеев выступил с докладом «Дисбиоз кишечника: современное состояние проблемы», в котором охарактеризовал основные функции микробиоты кишечника. Дисбиоз кишечника является симптомокомплексом, который может сопровождать различные соматические заболевания. Косвенно изменять микробиоту могут препараты, которые блокируют секрецию желудочной кислоты. Антибиотики, изменение рациона питания, пробиотики и заменители клетчатки могут оказывать прямое воздействие на состав микробиоты. Коррекция дисбиоза: пробиотики, антибиотики, препараты, улучшающие метаболизм кишечной флоры (пребиотики), фекальная трансплантация. Ступенчатая ферментотерапия — поэтапное назначение и отмена препаратов, имеющих оптимальное соотношение ферментов с разной дозировкой по уровню липазы.

Профессор С.М. Ткач в докладе «Современные возможности коррекции нарушений кишечной микробиоты» отметил, что последние исследования с применением молекулярных методов продемонстрировали



И.П. Катеренчук, профессор



А.Э. Дорофеев, профессор

невообразимую сложность состава микробиоты кишечника человека, включающей сотни флотипов, из которых 80 % до сих пор не культивировано. При различной патологии происходят разные варианты нарушения микробиоты. Предложены терапевтические подходы к коррекции нарушений микрофлоры и селективный пробиотик нового поколения лацциум, который обеспечивает максимальное качество антибиотикотерапии при минимальных ее осложнениях.



Ю.И. Решетиллов,
профессор

Профессор Ю.И. Решетиллов (фото 16) в докладе «Метеоризм: дифференциальный диагноз» представил причины и механизм развития метеоризма в кишечнике, отметил его отличия от других заболеваний. Функциональное вздутие в соответствии с Римскими критериями — это повторяющееся чувство вздутия или увеличения живота в объеме по крайней мере 3 дня в месяц в течение 3 месяцев; недостаточное количество критериев для диагностики ФД, СРК или других функциональных расстройств. Выбор метода лечения метеоризма — это диетические рекомендации, симетикон (эспумизан), прокинетики, антидепрессанты, рифаксимин, пробиотики, гипотермия, биофиксация.



О.В. Шве́ц, доцент

Доцент О.В. Шве́ц в своем сообщении «Оценка состояния питания пациентов с синдромом мальабсорбции и его коррекция» охарактеризовал патологию, протекающую с синдромом, и наиболее распространенные причины мальабсорбции нутриентов: лактазную недостаточность, непереносимость фруктозы, хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, целиакию, избыточный бактериальный рост в тонкой кишке, неинфекционные гастроэнтериты, глистные инвазии, энтеропатии при эндокринных и метаболических болезнях и др.

Выделены три принципа лечения мальабсорбции: установление и устранение причины нарушения всасывания нутриентов, лечение диареи, выявление и эффективная коррекция дефицита нутриентов.

Проблеме хронического запора были посвящены доклады доктора медицинских наук Е.С. Сирчак и доцента Г.А. Соловьевой. Предложен выбор слабительных средств и тактика их применения в зависимости от основного патогенетического механизма заболевания. В алгоритм лечения входят: правильный рацион

питания с включением пищевых волокон и полноценный водный баланс, дозированная гимнастика, массаж живота, физиотерапевтические процедуры (при отсутствии противопоказаний), устранение негативных влияний лекарственных препаратов (при наличии сопутствующей терапии), прокинетики, спазмолитики (в отдельных группах больных), слабительные препараты, прием натурального пробиотика.

Профессор Е.И. Сергиенко в докладе «Хронические воспалительные заболевания кишечника и оппортунистические инфекции» сообщила, что в 2014 г. проблеме инфекций у больных ХВЗК было уделено большое внимание на заседании Европейской ассоциации по изучению болезни Крона и язвенного колита в Копенгагене. В докладе представлены основные рекомендации по лечению ХВЗК.

С учетом угнетающего действия применяемых препаратов на факторы иммунологической реактивности и неспецифической резистентности организма у больных ХВЗК возрастает опасность риска развития инфекционных осложнений, оппортунистических инфекций. Кроме приема лекарственных препаратов нарушения реакций фагоцитоза, клеточной либо гуморальной защиты могут быть следствием малигнизации процесса, лимфомы, лейкемии, лучевой терапии. Риск развития оппортунистических инфекций у больных ХВЗК возрастает при применении иммуносупрессивной терапии. Для длительной поддерживающей терапии с целью предупреждения обострений целесообразно использовать препараты месалазина (пентаса). Перспективным методом профилактики оппортунистических инфекций (вирусных) у больных ХВЗК является вакцинация, которую следует проводить согласно рекомендациям ЕССО.

Кандидат медицинских наук Т.И. Бойко в докладе «Анемия у больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника» отметила, что анемия при ВЗК отягощает течение болезни, снижает трудоспособность и жизненную активность пациентов, часто приводит к госпитализации, является маркером тяжелого течения болезни и предиктором резистентности к терапии.

Роль универсального гуморального регулятора метаболизма Fe выполняет гепсидин. На основании проведенных в институте гастроэнтерологии исследований установлено, что железodefицит является одним из основных факторов развития анемического синдрома у больных ВЗК как острофазового показателя. Гиперпродукция гепсидина на фоне воспалительной реакции опосредована повышением уровня IL-6 и сопровождается функциональным железodefицитом, что необходимо учитывать при назначении про-



Е.И. Сергиенко, профессор

тивоанемической терапии. Определение гепсидина в сыворотке может дать дополнительные уникальные возможности для проведения дифференциальной диагностики и адекватной коррекции анемии при ХВЗК.

Профессор А.Э. Дорофеев представил доклад «Тактика ведения больных с неспецифическим язвенным колитом», в котором осветил рекомендации ЕССО и Украинской рабочей группы по ведению пациентов с НЯК и другими формами ВЗК, представил принципы современного лечения различных форм НЯК, основанные на применении месалазина, а также особенности терапии этой патологии с внекишечными поражениями. Ведение пациентов с НЯК должно осуществляться при тесном взаимодействии терапевта и хирурга. Месалазин, стероиды, инфликсимаб и цитостатики являются современными базисными препаратами лечения НЯК.

Доклад «Особенности течения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Выбор схемы лечения» **профессора Ю.М. Степанова** раскрывает патогенез синдрома раздраженного кишечника — моторно-эвакуаторные нарушения, висцеральная гиперчувствительность — и причины СРК: психоэмоциональный фактор, перенесенная кишечная инфекция, нарушение серотониновой регуляции, минимальное воспаление, нарушение микрофлоры кишечника. Доминирующие симптомы при СРК — спастическая абдоминальная боль (87%), диарея (66%), запор (40%). Немаловажная роль при синдроме раздраженного кишечника отводится применению пробиотиков, таких как энтерожермина — биоэнтеросептик, дуфалак (лактозула). Антибактериальный препарат рифаксимин облегчает симптомы при СРК. Спазмолитики являются препаратами первого ряда в устранении боли при СРК, к ним относится мебеверин. Кишечная селективность является особенностью фармакокинетики мебеверина. Результаты собственных исследований показали, что при патологии, сопровождающейся спастическим гладкомышечным компонентом, включая хронический панкреатит, мебеверин снижает интенсивность боли в среднем на 1,5–2,0 балла. Оценка качества жизни SF-36 по физическому компоненту здоровья в основной и контрольной группах свидетельствует об улучшении показателей в обеих группах. В процессе лечения улучшилось физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, общее состояние здоровья, снизилась интенсивность боли.



Т.Н. Христинич, профессор

Проблему хронического панкреатита и ишемической болезни сердца (ИБС) осветила в докладе «Хронический панкреатит: особенности коморбидности с ИБС» **профессор**

Т.Н. Христинич.

Представленный анализ результатов проведенных исследований показал наличие воспалительного процесса, повреждение эндотелия, что имеет фундаментальное значение в развитии широкого спектра патологических процессов и важно для понимания патогенеза многих заболеваний. Следовательно, дисфункция эндотелия, особенно при коморбидности ХП и ИБС, требует постоянного медикаментозного контроля с целью предотвращения развития сердечно-сосудистых событий. L-аргинин проявляет вазодилатирующий, гастропротекторный эффект, поддерживает целостность и восстановление тканей, поэтому патогенетически целесообразно его включение в курсовую терапию таких больных, что дает возможность улучшить эндотелиальную функцию, уменьшить развитие и прогрессирование атеросклероза, улучшить микроциркуляторные, энергетические и структурные процессы в миокарде, уменьшить прогрессирование гипоксии тканей и (как следствие) фибрирование ПЖ и миокарда.

Профессор С.М. Ткач представил доклад «Современные подходы к оптимизации диагностики и лечения экзокринной панкреатической недостаточности». ЭПН рассматривается как угрожающее жизни состояние, возникающее вследствие хронического алкоголизма, острого некротического панкреатита и рецидивирующего панкреатита, хронической обструкции основного протока ПЖ, включая рак ПЖ, хирургические вмешательства на ПЖ и др. Считается, что 8–10% всех гастроэнтерологических больных имеют в той или иной степени выраженную ЭПН.

Клинические рекомендации, основанные на доказательной базе, свидетельствуют, что доказанная ВППЖ и стеаторея более 7 г/сут — абсолютное показание для начала заместительной ферментной терапии (ЗФТ). Расчет необходимой дозы проводят по количеству липазы.

Оптимальными средствами для ЗФТ и лечения болевого синдрома при ХП являются современные ФП IV поколения в энтеросолюбильных мини-таблетках или мини-микросферах, содержащие высокие дозы ферментов.

Сообщение **профессора Б.Ф. Шевченко** и **канд. мед. наук А.М. Бабий** «Опыт применения отечественной высокочастотной электросваривающей технологии в хирургическом лечении пациентов с абдоминальной патологией» посвящено электросварке биологических тканей. За период с октября 2012 г. по настоящее время в отделении хирургии органов пищеварения при выполнении абдоминальных оперативных вмешательств применяется универсальный электросварочный комплекс ЕК-300-М1, разработанный сотрудниками Института электросварки им. Е.О. Патона во главе с президентом НАН Украины Б.Е. Патонам. Основными точками приложения электросварочной технологии являются этапы мобилизации и пересечения органов, при этом разъединение тканей производится практически бескровно, не требуя остановки кровотечения из артерий и вен мелкого и среднего калибра. Сварочный гемостаз надежен и достигается образованием в сосу-

дах пломбы денатурированного белка, а также за счет отслоения интимы и формирования тромба в сосудах.

Внедрение отечественного аппарата высокочастотной электрокоагуляции ЕК-300-М1 для выполнения оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии как традиционным открытым доступом, так и при лапароскопических оперативных вмешательствах: а) существенно снижает частоту интра- и послеоперационных осложнений; б) практически бескровно разъединяет мягкие ткани при лапаротомии, мобилизации внутренних органов, максимально сохраняя их функциональную активность; в) позволяет отказаться от дополнительного инструментария, использования клипс и шовного материала при выполнении большинства манипуляций; г) надежно герметизирует культю сосудов внутренних органов, осуществляет гемостаз поврежденных печени и селезенки.

В рамках сессии было проведено 2 сателлитных симпозиума.

Первый из них «**Современные подходы к диагностике и лечению язвенного колита**» прошел под руководством **профессора Ю.М. Степанова**, в докладе которого «Состояние проблемы оказания помощи пациентам с язвенным колитом в Украине» было отмечено, что для улучшения качества медицинской помощи больным НЯК в Украине необходимы: единый подход к интерпретации клинической картины заболевания и результатов дополнительных исследований, использование единой терминологии и согласованной классификации, соблюдение стандартов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины, создание единой базы данных пациентов, преемственность между гастроэнтерологами и колопроктологами.

Профессор А.Э. Дорофеев представил доклад «Целевая терапия хронических воспалительных заболеваний кишечника», в котором обосновал цели терапии ХВЗК и пути их достижения. В настоящее время существует международная инициатива по установлению стандартов ведения пациентов с ВЗК в клинической практике: определение конечных точек для будущих исследований в области ВЗК; создание необходимой доказательной базы (исследования CALM, POCER, REACT 2, ADACAL).

Профессор В.В. Гапонов в докладе «Хирургические аспекты лечения пациентов с язвенным колитом» отметил медицинскую и социальную значимость НЯК. Выбор метода лечения — консервативного или хирургического — главная и сложнейшая проблема в лечении этой патологии. Не существует безопасных критериев выбора оптимальных сроков выполнения и вида оперативных вмешательств, которые определяются распространенностью поражения, степенью выраженности клинических проявлений, эффективностью проводимой адекватной консервативной терапии, наличием осложнений и другими факторами. В соответствии с современным Европейским консенсусом доказательной медицины при хирургическом лечении НЯК должна быть выполнена одномоментная радикальная операция — колэктомия с формированием илеоанального резервуарного анастомоза.

Профессор М.П. Захараш в своем докладе «Современная стратегия хирургического лечения пациентов с язвенным колитом. Профилактика осложнений» охарактеризовал современную тактику оперативного лечения язвенного колита и пути профилактики осложнений.

Канд. мед. наук Е.В. Симонова в докладе «Современные аспекты эндоскопической и морфологической диагностики неспецифического язвенного колита» представила данные о результатах анализа эндоскопического исследования больных с НЯК и отметила, что наиболее существенной эндоскопической характеристикой НЯК является непрерывное, сливное воспаление слизистой оболочки толстой кишки с вовлечением прямой кишки и с четкой границей воспаления. Отсутствие макроскопических изменений слизистой оболочки прямой кишки при эндоскопическом исследовании практически исключает диагноз «язвенный колит», кроме тех случаев, когда недавно проводилось местное лечение.

На заседании сателлитного симпозиума «**Современные достижения диетологии и нутрициологии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта**» с докладом «Организационные и практические аспекты диетического и лечебного питания» выступил **О.В. Швец, главный внештатный специалист МЗ Украины по диетологии**. Он отметил состояние организации лечебного и диетического питания, которое до 2013 года регламентировалось приказами СССР. В 2013 году вышли новые документы: «Методические рекомендации для врачей общей практики — семейной медицины по поводу консультирования пациентов относительно основных принципов здорового питания», а также «Об усовершенствовании организации лечебного питания и работы диетологической системы в Украине», которые утверждены приказами МЗ Украины. Современные подходы к диетопрофилактике, диетотерапии и лечебному питанию должны быть максимально приближены к параметрам здоровой диеты; индивидуальная модификация диеты должна учитывать непереносимость отдельных продуктов и особенности существующих заболеваний.

Кандидат медицинских наук В.И. Диденко представил доклад «Теория адекватного питания: современный взгляд на проблему», в котором отметил, что в здравоохранении намечается переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к здоровьесен-трической системе здравоохранения, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику заболеваний. Раскрыл предпосылки формирования III парадигмы питания: обнаружены ранее неизвестные механизмы гидролиза (мембранное пищеварение, лизосомное переваривание, эндоцитоз и т.д.); механизмы активного транспорта (переносчики, каналы, поры); пересмотрены представления о балластных веществах, микрофлоре, становлении иммунитета; сформулирована концепция эндоэкологии.

В докладе «Оценка нутритивного статуса у больных хроническими воспалительными заболеваниями

кишечника» к.м.н. **Е.В. Сорочан** отметила основные последствия недостаточности питания — утяжеление течения основного заболевания; пролонгирование фазы обострения; увеличение частоты инфекционных осложнений вследствие вторичного иммунодефицита. При снижении массы тела больного за время пребывания в стационаре на 5–10 % длительность госпитализации увеличивается в 2 раза, а частота осложнений возрастает в 3 и более раз. У больных ХВЗК наблюдается высокая частота нарушений нутритивного статуса, которая характеризуется как нутритивной недостаточностью (56,6 %), так и избыточным весом (26,7 %). Оценку нутритивного статуса необходимо проводить не только антропометрическими методами, но и путем определения компонентного состава организма при помощи биоимпедансометрии, которая дает наиболее точные результаты.

Канд. мед. наук **Н.В. Пролом** в докладе «Энтеральное зондовое питание у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта» сообщила, что проявления недостаточности питания в той или иной форме (белковая, энергетическая, витаминная, минеральная) часто наблюдаются в клинической практике среди больных как хирургического, так и терапевтического профиля, составляя, по данным различных авторов, от 18 до 56 %. Основные задачи энтерального зондового питания: поддержать пропульсивную моторную активность кишечника — активация естественных пейсмейкеров, уменьшить выраженность эндогенной интоксикации (энтеросорбция), обеспечить внутрипросветную трофику кишки и ее барьерную функцию, контролировать кишечный микробиоценоз, обеспечить раннее полноценное более физиологическое энтеральное питание. Клиническое питание — это реальная возможность поддерживать не только трофический гомеостаз, но и определенным образом управлять структурно-функциональным состоянием и метаболическими процессами организма.



А.Е. Абатуров, профессор

В рамках сессии было проведено секционное заседание «Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей» под руководством профессора **А.Е. Абатурова**. Прошедшее обсуждение и дискуссия подтвердили интерес к проблеме детской гастроэнтерологии не только среди врачей-педиатров, но и среди специалистов общей практики, гастроэнтерологов. Доклад профессора **А.Е. Абатурова** был посвящен особенностям эрадикации *H.pylori* у детей, при этом отмечено, что наиболее эффективным и широким является применение комбинации солидабных форм амоксициллина (флемоксин) и пробиотика, со-

держащего *L.rhamnosus Rosell-11* и *L.acidophilus Rosell-52*, например лацидофила. Его противовоспалительное действие обеспечивается молекулярными механизмами, ответственными за продукцию sCD14.

Профессор **О.Г. Шадрин**, главный детский гастроэнтеролог МЗ Украины, также посвятил свое сообщение проблеме терапии кислотозависимых заболеваний в педиатрии. Он отметил устойчивую тенденцию к росту распространенности кислотозависимых состояний у детей. В современных неблагоприятных условиях наметилась тенденция к прогрессированию патологического процесса и развитию тяжелых форм гастродуоденитов, нередко с трансформацией их в язвенную болезнь. Главная задача при лечении кислотозависимых заболеваний — эффективный контроль кислотной продукции желудка и эрадикация *H.pylori*. Необходимо шире, особенно у подростков, в практике лечения кислотозависимых заболеваний использовать ИПП.



О.Г. Шадрин, профессор

Изучению эффективности применения пробиотика, содержащего лактобактерии, при лечении хеликобактерной инфекции у детей в качестве адьювантной терапии был посвящен доклад кандидата медицинских наук, доцента **О.М. Герасименко** «Адьювантная терапия при эрадикации *H.pylori* у детей». Проведение эрадикационной терапии у детей с хроническим гастритом, ассоциированным с *H.pylori*, в сочетании с пробиотиком, содержащим *Lactobacillus reuteri Protectis*, способствует более быстрому регрессу клинических патологических проявлений заболевания за счет противовоспалительного действия. Терапия пробиотиком сопровождается восстановлением микробиоценоза кишечника.

Та же проблема рассмотрена в докладе **Г.В. Бекетовой** «Пробиотики в педиатрической практике (*Bacillus Clausii* в лечении заболеваний у детей)». Для естественного выздоровления при гастроэнтерологических заболеваниях и диареях необходимо применение рационально подобранной терапии (спорообразующий самоэлиминирующийся пробиотик с генетически детерминированной мультиантибактериальной резистентностью).

Профессор **Л.С. Овчаренко** представила доклад «Экзокринная панкреатическая недостаточность у детей», в котором сообщила, что при экзокринной недостаточности поджелудочной железы (ЭНПЖ) следует применять комбини-



Л.С. Овчаренко, профессор

ванную терапию: диета (ограничение употребления жирной пищи, качественно и количественно сбалансированная диета), коррекция уровня витаминов (в первую очередь — жирорастворимых витаминов А, D, Е и К), заместительная терапия панкреатическими ферментами — основа лечения ЭНПЖ, долгосрочный мониторинг пациентов с ЭНПЖ — коррекция дефицита нутриентов. Лечение ферментными препаратами показано пациентам уже при легкой форме экзокринной панкреатической недостаточности без признаков мальабсорбции. Более высокую активность ферментов в просвете двенадцатиперстной кишки (ДПК) обеспечивают современные препараты, содержащие мини-микросферы. FDA одобрила использование креона для лечения экзокринной панкреатической недостаточности у детей. Это первый препарат панкреатических ферментов, одобренный в рамках нового клинического руководства по данной проблеме.

В научно-исследовательских и высших учебных учреждениях большое значение придается работе с молодежью; слав опыта и знаний старших товарищей с подвижностью мышления и живым восприятием нового является тем локомотивом, без которого невозможно движение науки вперед, к новым достижениям. Во время сессии был проведен **конкурс работ молодых ученых**, представленных в виде жостеров. Первая премия присуждена А.А. Галинскому за работу «Особенности вагусных влияний на миоэлектрическую активность желудка и ДПК в условиях дисбаланса NO».

В рамках научной сессии состоялось заседание совета Украинской гастроэнтерологической ассоциации, посвященное подготовке к V съезду гастроэнтерологов Украины, который состоится в г. Киеве 18–19 сентября 2014 года, а также подготовке к 50-летию юбилею Института гастроэнтерологии НАМН Украины. ■