

## ПІВСТОЛІТНІЙ ШЛЯХ РОЗВИТКУ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ В УКРАЇНІ. ВІД НАУКИ ДО ПРАКТИКИ

Шановні колеги!  
ДУ «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України» виповнилось 50 років. За всі роки існування інститут успішно виконує головне завдання — покращення здоров'я пацієнтів з гастроентерологічною патологією в Україні.  
Я вітаю працівників та ветеранів з 50-річчям інституту, висловлюю вдячність всім співробітникам, які зробили внесок у становлення і розвиток інституту, виконання його науково-дослідних планів та завдань. Нехай цей ювілей додасть енергії, творчого натхнення, здоров'я та благополуччя вам і вашим рідним. Бажаю миру вашим родинам та нашій неньці Україні!

Директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» Ю.М. Степанов

Ми зміцнюємо ваше здоров'я, використовуючи новітні досягнення в гастроентерології

**50 років** ДУ «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України»



27–28 листопада 2014 р. у м. Дніпропетровську Державною установою «Інститут гастроентерології НАМН України» проведено конференцію «Півстолітній шлях розвитку гастроентерології в Україні. Від науки до практики», присвячену 50-річному ювілею інституту.

**Науковий керівник конференції** — директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», головний спеціаліст НАМН України з гастроентерології та дієтології, заслужений лікар України, голова спілки «Асоціація з вивчення та лікування хвороб органів травлення в Україні», доктор медичних наук, професор Юрій Миронович Степанов.

У роботі конференції взяли участь провідні вчені, головні позаштатні спеціалісти з гастроентерології областей України, лікарі гастроентерологи, хірурги, лікарі загальної практики, сімейні лікарі, терапевти, педіатри, лікарі променевої діагностики, ендоскопісти та ін. На урочисту частину були запрошені: син пер-



шого директора інституту професор А.Є. Поляков, директори інституту професор П.Ф. Кришень та член-кореспондент НАМН, професор Ю.О. Філіппов.

**Конференція була відкрита доповіддю директора інституту професора Ю.М. Степанова** «Півстолітній шлях Інституту гастроентерології: від науки до практики». У доповіді була висвітлена історія розвитку гастроентерологічної служби від створення НДІ гастроентерології в м. Дніпропетровську (Постанова Ради Міністрів Української РСР від 19 грудня 1964 року) до сьогодні. Це був перший інститут у СРСР, що спеціалізувався на діагностиці, лікуванні, профілактиці та організації медичної допомоги пацієнтам із хворобами органів травлення. Співробітники інституту розробили нові теорії виникнення хвороб органів травлення, одними з перших у СРСР і в Україні освоїли та впровадили ендоскопічні методи дослідження й лікування, брали безпосередню участь у розробці найсучасніших хірургічних втручань. Доповідач відмітив, що інститут разом з іншими науковими установами України та зарубіжних країн дав поштовх до розвитку профілактики онкологічних захворювань через стабілізацію передракових станів, вивчення процесів фіброзу паренхіматозних органів, що лежать в основі захворювань та часто фатальних патологічних змін, а також до розробки нових видів малоінвазивних оперативних втручань при хворобах органів травлення. Директор розповів про досягнення інституту за минулі роки, видатних вчених, які працювали в інституті упродовж 50 років та зробили вагомий внесок у розвиток гастроентерологічної науки, становлення гастроентерологічної служби та підготовку фахівців, — таких відомих вчених та організаторів охорони здоров'я, як І.П. Шамшонкова, В.П. Співак, Т.В. Смирнова, І.Т. Кругліков, О.А. Кривицький та ін., про їх наукові концепції та досягнення, визнані в нашій країні й у світі, про найважливіші наукові школи, що сьогодні мають велике значення для всієї гастроентерологічної науки.

Нині ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» є головною науково-дослідною установою з проблем гастроентерології з розвиненою дослідницькою і клінічною базою, де проводиться вивчення поширеності, етіології й патогенезу хвороб органів травлення, розробляються методи їх діагностики, хірургічного та терапевтичного лікування. За останні 3 роки з метою підвищення рівня надання медичної допомоги населенню України в інституті відбулися якісні та кількісні зміни матеріально-технічної бази. Проведено оснащення найсучаснішим обладнанням клініко-діагностичної та біохімічної лабораторії. Упроваджена відеокапсульна ендоскопія. Суттєво оновлена ресурсна

база, придбана та введена в експлуатацію нова апаратура. Розповідь про інститут супроводжувалася демонстрацією слайдів, на яких були зображені інститут й колектив співробітників, його будні та свята.

На урочистому засіданні були привітання та нагородження працівників інституту за багаторічну працю та вагомий внесок у збереження здоров'я населення України. Усього було відмічено різними нагородами 110 співробітників — наукових співробітників, лікарів, медичних сестер, технічного та молодшого персоналу.



**Георгій Вікторович Дзяк, академік НАМН України**

З привітанням Національної академії медичних наук України від імені президента НАМН України, академіка Андрія Михайловича Сердюка виступив ректор Дніпропетровської медичної академії, академік НАМН Георгій Вікторович Дзяк, який вручив Почесні грамоти та Подяки президії НАМН України. Від Міністерства охорони здоров'я України сесію вітала головний позаштатний

спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «гастроентерологія», член-кореспондент НАМН України, проф. Наталія Вячеславівна Харченко, вона вручила грамоти МОЗ.

Привітати ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» та вручити грамоти Верховної Ради України прийшла Тетяна Володимирівна Мороз, депутат Дніпропетровської обласної ради та помічник народного депутата України А.Ф. Шипка.

Від Дніпропетровської обласної державної адміністрації, Дніпропетровської обласної ради та Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної адміністрації висловив привітання та вручив нагороди директор департаменту охорони здоров'я Ігор Олександрович Македонський. Також теплі слова вдячності від імені міського голови сказав голова Індустріальної районної в м. Дніпропетровську ради Юрій Сергійович Дегтярьов, він вручив почесні грамоти та подяки.

Від Придніпровського наукового центру НАН та МОН України присутніх привітав заступник голови ради центру, член-кореспондент НАМН, професор Олександр Євгенович Лоскутов, який вручив нагороди вченим інституту за наукові досягнення. Урочиста частина супроводжувалася концертними номерами.

У рамках конференції були проведені 3 пленарних, 2 секційних засідання й сателітний симпозіум, постерна сесія, де розглядалися найбільш важливі аспекти етіології, патогенезу, діагностики, лікування й профілактики патології органів травлення. Співробітники інституту гастроентерології представили 10 виступів про останні досягнення гастроентерологічної науки й 13 стендових доповідей молодих вчених, у яких були висвітлені результати власних досліджень у рамках виконання наукової тематики інституту.

**Перше секційне засідання відкрив директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», професор Ю.М. Степанов** із доповіддю «Стеатогепатит змішаного генезу», у якій були відображені основні етіологічні фактори, проблеми діагностики та лікування патології, що є недугою для значної кількості людей у сучасному світі. Відмічено, що при виникненні стеатогепатиту змішаного генезу має місце поєднання декількох тригерних факторів — прийому алкоголю, ожиріння та цукрового діабету 2-го типу. Межа між метаболічним (неалкогольним) та алкогольним гепатотоксична доза етанолу (20–80 г етанолу на добу) та її прояви є варіабельними. Встановлено, що перебіг та прогноз стеатогепатиту визначаються такими факторами прогресування, як високий ступінь ожиріння, гіпертригліцеридемія, декомпенсація цукрового діабету, підвищення активності печінкових ферментів крові, похилий вік. Наведені морфологічні прояви алкогольного й неалкогольного стеатогепатиту в зіставленні, а також етапність розвитку жирової хвороби печінки. Висвітлені основні напрямки в лікуванні стеатогепатиту змішаного генезу: повна відмова від алкоголю, гіпокалорійна дієта, помірні фізичні навантаження, корекція метаболічних порушень та використання в комплексному лікуванні гепатопротекторів (застосування есенціальних фосфоліпідів, урсодезоксихолевої кислоти, L-карнітину).



**Ю.М. Степанов, професор**

Аналогічній темі була присвячена доповідь **професора О.Я. Бабака** «Печінка та дисліпідемія. Досягнення й надії», у якій висвітлена проблема порушення функціонального стану печінки як основа розвитку дисліпідемії, а також вплив на ліпідний обмін організму в цілому (цукровий діабет, метаболічний синдром, гіпотиреоз,



**О.Я. Бабак, професор**

подагра, нефротичний синдром, хронічна ниркова недостатність). Відмічено, що регулярне вживання алкоголю порушує регенерацію НАДН, пригнічує окислення жирних кислот у мітохондріях печінки та посилює синтез тригліцеридів з розвитком стеатозу печінки та збільшенням утворення ліпопротеїнів дуже низької щільності (IV тип). Наведені основні принципи корекції дисліпидемії, що включають зниження маси тіла, спеціальну дієту, нормалізацію рівня глікемії, нормалізацію артеріального тиску, використання гіполіпідемічних препаратів та аргументи на користь використання гепатопротекторів (есенціальних фосфоліпідів, аденOMETіоніну), що мають патогенетичну спрямованість, доведену ефективність і високу безпеку.



**Н.В. Харченко, професор**

Із доповіддю «Проблемні питання корекції дисбіозу» виступила член-кор. НАМН України, професор Н.В. Харченко. У своєму виступі вона охарактеризувала кишкову мікрофлору, її склад. Відмічено залежність кишкових енетротипів від походження людини, віку, способу життя (дієти, фізичного навантаження), супутньої патології. Кількість бактеріальних різновидів збільшується з віком. Розглянуто три основних енетротипи людини — *Bacteroides*, *Prevotella*, *Ruminococcus* та їх поширеність серед населення. Встановлено вплив мікрофлори кишечника на організм в цілому: бар'єрний ефект, імунокомпетентність, синтез, метаболічну функцію, метаболізм ліків, поведінку. Розглянуто захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та печінки, пов'язані з дисбактеріозом та корекцію дисбактеріозу пробіотиками.

Професор Г.Д. Фадеєнко у доповіді «Роль кишкової мікробіоти в розвитку хронічних неінфекційних захворювань» подала взаємозв'язок мікробіоти з органами й системами організму людини та хронічними захворюваннями печінки, розвитком метаболічного синдрому, серцево-судинною патологією, захворюван-

нями нервової, нейроендокринної та імунної систем. Показано вплив стресової ситуації на кишкову мікробіоту. Було відмічено механізм впливу харчових жирів на виникнення системного запалення. Розглянуто можливі стратегії щодо модифікації кишкової мікробіоти: зміну способу життя й харчування (нормалізація маси тіла, фізичні навантаження); застосування протизапальних, низькокалорійних спеціальних дієт (FODMAP, LowFODMAP); вживання продуктів, що містять про- та пребіотики; а також мікробну фекальну трансплантацію — одне з найбільш вагомих досягнень гастроентерології у 2013 р.

Проблеми кишкової мікробіоти та її внеску в розвиток неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) присвячена доповідь професора Т.Д. Звягінцевої. Відмічено, що стосовно розвитку НАЖХП актуальною залишається теорія «двох ударів», але ключовим моментом визнаний процес ендотоксемії, тому на сьогодні дещо змінюється розуміння ролі мікробіоти в розвитку патологічного процесу. Порушення мікробної спільноти кишечника може кількома шляхами впливати на розвиток і перебіг НАЖХП: провокувати й посилювати ожиріння, що лежить в основі розвитку НАЖХП; сприяти надлишковій проникності кишкової стінки, ендотоксемії й бактеріальній транслокації. Намічено шляхи вирішення проблеми: у лікуванні НАЖХП патогенетично обґрунтованим є вплив на функціональну активність біомембран (есенціальні фосфоліпідів) та мікробіоту кишечника (синбіотики).

Кандидат медичних наук В.І. Діденко зробив доповідь «Пробіотична підтримка в лікуванні функціональних порушень шлунка й кишечника», у якій відмітив функції кишкової мікрофлори: трофічну (травну) — порожнинне, пристінкове, мембранне травлення; детоксикаційну; резистентність колонізації організму (міжмкробний антагонізм, підтримка кислої рН, захист слизової оболонки від патогенної мікрофлори); імунну (синтез імуноглобулінів); цитокинову (мова міжклітинних стосунків) та інші. У результаті вза-



**Г.Д. Фадеєнко, професор**



**Т.Д. Звягінцева, професор**



**В.І. Діденко, кандидат медичних наук**

емодії організму хазіяна з мікроорганізмами (симбіоз, коменсалізм, паразитизм, дистанційна, контактна та внутрішньоклітинна взаємодія) виникає феномен взаємної молекулярної та генетичної мімікрії.

Новим технологіям діагностики та лікування, у тому числі хірургічного, кислото залежних захворювань були присвячені повідомлення професорів Ю.М. Степанова, І.Г. Палій, Г.В. Осьодло та Б.Ф. Шевченка.

Доповідачами було зазначено, що захворювання шлунково-кишкового тракту вважаються поліетіологічними. Продемонстровані значення інфекційних (бактеріальних, вірусних) факторів, автоімунних, аліментарних, а також інших фізичних, хімічних та біологічних агентів. На думку професора **Ю.М. Степанова**, одним з актуальних факторів у розвитку та хронізації гастроентерологічних захворювань є порушення рівноваги мікроелементів, зокрема обміну селену, вплив на який необхідно враховувати в лікувальній тактиці. Захворювання шлунково-кишкового тракту вважаються поліетіологічними. Незважаючи на встановлене значення інфекційних (бактеріальних, вірусних), автоімунних, аліментарних та інших фізичних, хімічних і біологічних агентів, останнім часом все більша увага приділяється ролі інших компонентів взаємозв'язку макроорганізму з довкіллям. Одним з актуальних факторів розвитку й хронізації гастроентерологічних захворювань є мікроелементні порушення, зокрема обміну селену.



**Г.В. Осьодло, професор**

У доповіді полковника медичної служби, професора **Г.В. Осьодло** «Хронічний Нр-асоційований гастрит: діагностичні та терапевтичні аспекти» висвітлені рівень, структура та динаміка захворюваності на гастрит та дуоденіт у військовослужбовців, а також клінічні та діагностичні аспекти хронічного гастриту. Подано рівні резистентності Нр-інфекції та вплив генетичної мінливості НР

на ефективність антигелікобактерної терапії (АГБТ). Показано, що аналітичні дослідження щодо ефективності стандартних та альтернативних антигелікобактерних комплексів демонструють найкращі результати ерадикації НР при застосуванні чотириккомпонентних схем, які, окрім основного складника — інгібіторів протонної помпи (ІПП), включають 3 антимікробних препарати: кларитроміцин, метронідазол/тинідазол та амоксицилін, що призначаються послідовно (10-денна послідовна АГБТ) чи одночасно (одночасна АГБТ), або препарати вісмуту, тетрацикліну й метронідазолу. Висвітлені переваги послідовної АГБТ та відмічено, що вагоме пригнічення кислотності — одна зі складових ефективності АГБТ. Доповідач відмітила, що при послідовній АГБТ ма-

ють місце переважання корисності витрат на 50 % і краща переносимість, що дає підстави рекомендувати її до широкого застосування. Проблемі кислото залежних захворювань була присвячена доповідь **професора І.Г. Палій** «Комплайєнс в гастроентерології та сучасні можливості його оптимізації». Доповідач наголосила, що, за даними ВООЗ, близько 50 % хронічно хворих не виконують медичних рекомендацій (75 % роблять це свідомо), а недисциплінованість хворого, вчасно не розпізнана, призводить до перегляду терапії та призначення нових ліків. Серед причин неефективності — некомплайєнтність пацієнта, проблема величезна й важко вирішувана. Для її вирішення потрібні спільні зусилля всіх сторін лікувального процесу, як медиків, так і пацієнтів.

У повідомленні **професора Б.Ф. Шевченка** «Історичні аспекти хірургії виразкової хвороби» висвітлені основні етапи розвитку шлункової хірургії у світі в цілому та у відділі хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Наголошено, що основним методом лікування виразкової хвороби залишається консервативний. Показаннями до оперативного лікування є: неефективність консервативної терапії; рецидив виразки після ушивання її перфорації; стеноз вихідного відділу шлунка; підозра на малігнізацію. Хірургічні втручання при виразковій хворобі: міні-інвазивні операції з вегетативної регуляції



**І.Г. Палій, професор**



**Б.Ф. Шевченко, професор**

моторно-евакуаторної функції шлунка при виразці дванадцятипалої кишки; симпатикотомія та ендоскопічна мукозектомія з посіченням виразки або резекція шлунка (при підозрі на малігнізацію) при шлунковій локалізації виразки. Також підкреслено, що «найкраща операція при виразковій хворобі та, яка не виконана...»



**В.Б. Ягмур,**  
кандидат медичних наук

У повідомленні **кандидата медичних наук В.Б. Ягмур** «Нове в гепатології» висвітлені нові діагностичні та лікувальні підходи в гепатології, що були подані в рамках Європейського гастроентерологічного тижня 18–22 жовтня у Вені. Акцентовано, що справжнім прогресом у гепатології є впровадження в клінічну практику препаратів прямої противірусної дії, принципово нових засобів для лікування холестазу, зміна в підходах до ведення хворих із печінковою недостатністю й портальною гіпертензією. Гідрогелевий матрикс, що використовується для екстракорпоральної дезінтоксикації, створений за допомогою тривимірної печатки за подобою печінкової часточки, можливо, є першим кроком у напрямку створення штучної печінки.

Проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) була розглянута в повідомленнях професора Н.Д. Чухрієнко, доцента В.В. Чернявського та ін. Висвітлені особливості й труднощі диференціальної діагностики, а також основні принципи ефективного лікування патології.



**Н.Д. Чухрієнко,**  
професор

У доповіді «Деякі аспекти ведення пацієнтів з ГЕРХ» **професор Н.Д. Чухрієнко** відмічає зростання патології у високорозвинутих країнах світу, що досягає епідеміологічних розмірів: у США до 20 % населення має ознаки, характерні для ГЕРХ, у Західній Європі — до 40 %. А значна кількість населення має латентні та малосимптомні форми упродовж багатьох років, що приводить до погіршення якості життя, розвитку ерозій стравоходу (22 %), метаплазії Барретта, аденокарциноми стравоходу. Склалося чітке уявлення про патогенез ГЕРХ як комплекс патологічних чинників: порушення функції антирефлюксного бар'єра, погіршення кліренсу стравоходу, дія агресивних властивостей рефлюксату, зниження тканинної резистентності стравоходу. Діагностичні труднощі в роботі лікаря загальної практики — сімейної медицини зазвичай виникають при домінуванні естраєзофагеальних симптомів, таких як

кардіальний синдром та ураження дихальних шляхів. Розглянуто дві стратегії медикаментозного лікування. Перша стратегія — зростаюча терапія, що включає зміну способу життя й дотримання дієти; прийом антацидів або альгінатів, блокаторів H<sub>2</sub>-рецепторів, ІПП, прокінетиків. Друга стратегія — поетапно знижувальна терапія: лікування ІПП до досягнення клінічного ефекту, потім — підтримуюча терапія (терапія за потребою: прийом альгінатів або антацидів для купірування симптомів).

У доповіді «Раціональне ведення пацієнтів з ГЕРХ і перспективи лікування» **доцент В.В. Чернявський** відмітив, що відповідні алгоритми розроблені, але печія, як складова синдрому диспепсії, вимагає дещо іншого підходу; результат лікування пацієнтів із рефрактерною ГЕРХ і функціональною печією не завжди швидкий і не завжди задовільний; спостерігається поганий комплайєнс (факт необхідності підтримуючої терапії в режимі постійного прийому ІПП і модифікації способу життя); поліпрагмація; неефективне лікування в окремих випадках. Доповідач наголосив, що терапевтичні мішені — це секреція соляної кислоти шлунком, тonus нижнього стравохідного сфінктера, сповільнена евакуація шлунка; а хірургічна мішень — це кіста стравохідного отвору діафрагми. Основні ключові моменти в тактиці ведення пацієнтів ГЕРХ за останні 5 років не змінилися. Початковий курс лікування ГЕРХ — 8 тижнів застосування ІПП. Наявність симетикону у складі пантопразолу (пульбет) прискорює початок дії препарату й робить не принциповою прив'язку до прийому їжі. Перспективи лікування полягають у правильному стартовому лікуванні та високому комплайєнсі щодо загальних рекомендацій. Допустима підтримуюча терапія в переривчастих режимах і за потребою.

Цій же проблемі була присвячена доповідь «Стратегії діагностики і лікування ГЕРХ з позицій доказової медицини» **кандидата медичних наук, доцента І.Я. Будзак**, який довів важливість виконання скринінгової ендоскопії при ГЕРХ з метою раннього виявлення передпухлинних станів стравоходу. Це виправдовує тактику скринінгової ендоскопії при



**В.В. Чернявський,**  
доцент



**І.Я. Будзак,**  
кандидат медичних наук,  
доцент

ГЕРХ. Доповідач відмітив, що сучасні дослідження підтверджують провідні позиції ІПП в лікуванні ГЕРХ. Ефективне лікування ГЕРХ повинне включати етапне застосування ІПП з досягненням контролю симптомів та ендоскопічної нормалізації. Підтримуюча медикаментозна терапія має бути призначена в найменшій дозі і з найменшою частотою, достатньою для підтримки стану, при якому симптоми відсутні. У разі необхідності тривалого застосування ІПП достатньо доказову базу має пантопразол.



**Л.М. Мосійчук,**  
доктор медичних наук

У доповіді «Порушення моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Причини і наслідки» доктор медичних наук Л.М. Мосійчук повідомила, що повноцінність моторно-евакуаторної функції забезпечується синхронною роботою численних сфінктерів стравоходу, шлунка, кишечника й пропульсивною активністю гладком'язових волокон під впливом міогенних механізмів і контролем периферичної й центральної нервової системи. Порушення моторики може бути провідним патогенетичним фактором, сприяючи розвитку багатьох поширених захворювань травного тракту. Сучасні методи оцінки моторно-евакуаторної функції шлунка: рентгенологічний метод, ультразвуковий, відеокапсульна ендоскопія, електрокардіографія, динамічна сцинтиграфія стравоходу й шлунка, епігастральний імпеданс для оцінки моторно-евакуаторної функції, дихальний тест із  $^{13}\text{C}$ -октаноєвою кислотою. Оскільки порушення моторики — одна з провідних причин розвитку патології ШКТ і часто визначає клінічну картину захворювання, своєчасне її виявлення дозволить застосувати адекватні лікарські засоби, що нормалізують моторику, і тим самим поліпшити стан пацієнтів.



**О.В. Сімонова,**  
кандидат медичних наук

Кандидат медичних наук О.В. Сімонова в доповіді «Сучасна стратегія ендоскопічної діагностики передракових уражень та раннього раку шлунка» наголосила, що ендоскопія на сьогодні є основним методом діагностики передракових змін і раннього раку різних відділів ШКТ. Ефективна рання амбулаторна діагностика раннього раку й передракових

змін шлунка дає можливість не лише врятувати життя пацієнта та узяти його під прицільне диспансерне спостереження, але й забезпечити йому високу якість життя за рахунок застосування органозберігаючих ендоскопічних операцій. Можливості сучасної ендоскопії якнайкраще відповідають поставленій меті ранньої діагностики передраку й раку шлунка, а також мало-травматичного лікування цих уражень.

Особливості патогенезу, діагностики та лікування неспецифічного виразкового коліту стали предметом дискусії на сателітному симпозиумі. Професори Ю.М. Степанов і А.Е. Дорофєєв, кандидат медичних наук Ю.С. Лозинський обговорювали з присутніми лікарями сучасні погляди на причини розвитку запальних захворювань кишечника, підходи до їх успішного терапевтичного та хірургічного лікування.

Професор Ю.М. Степанов у доповіді «Основні принципи діагностики й лікування хронічних запальних захворювань кишечника» наголосив, що актуальність теми обумовлена поширеністю хронічних виразкових захворювань кишечника (ХВЗК) у всьому світі; тенденцією до збільшення кількості випадків захворювань як серед дорослого населення, так і серед дітей; відсутністю чітких уявлень про етіологію і патогенез; різноманітністю клінічних проявів, що негативно впливають на якість життя пацієнтів; недостатньо ефективним лікуванням. Золотого стандарту в діагностиці ХВЗК не існує. Діагноз ґрунтується на оцінці симптомів, анамнезі, даних ендоскопії та гістології. Основними лабораторними маркерами ХВЗК є аналіз крові (швидкість осідання еритроцитів, С-реактивний протеїн, лейкоцити, тромбоцити), аналіз калу (кальпротектин, лактоферин, мієлопероксидаза). Подано оцінку концентрації фекального кальпротектину та переваги його використання у хворих на ХВЗК. Основні принципи лікування ХВЗК такі: корекція анемії (препарати заліза, крові), корекція дисбіозу кишечника (пробіотики, пребіотики), відновлення рівня білка крові (альбумін, плазма крові), усунення діареї й больового синдрому (спазмолітики, антидіарейні препарати), нормалізація всмоктування (ферменти), корекція електролітного балансу (сольові розчини), антибіотикотерапія (в основному при хворобі Крона).

У доповіді «Тактика ведення пацієнтів з хворобою Крона» професор А.Е. Дорофєєв відмітив, що в Україні й у світі відмічається зростання захворюваності на хворобу Крона (ХК), також збільшується кількість пацієнтів із важкими формами. У діагностиці ХК використовують біологічні маркери (кальпротектин, лактоферин, С-реактивний білок, NOD2/CARD15, мікро-РНК) та методи візуалізації (іригографія, комп'ютерна томографія, МРТ, сцинтиграфія, ультразвукове



**А.Е. Дорофєєв,**  
професор

дослідження з контрастуванням). Доповідач продемонстрував слайд, що відображував морфологічні зміни стінки кишечника при ХК. Навів параметри для вибору терапії: клінічна форма ХК, поширеність та локалізація процесу, активність ХК, вираженість запалення в прямій кишці, наявність періанальних змін, ендоскопічна активність ХК, наявність позакишкових уражень. Також він зупинився на меті лікування ХК, що полягає в індукції ремісії, підтримці ремісії без глюкокортикостероїдів, профілактиці ускладнень, запобіганні оперативним втручанням, поліпшенні якості життя. Доповідач висвітлив терапію ХК залежно від локалізації процесу (термінальний ілеїт, ізольоване ураження товстого кишечника, комбіноване ураження тонкого та товстого кишечника, зміни у верхніх відділах ШКТ, поєднана локалізація процесу), клінічних проявів (нестенозуюча й непенетруюча форма, стеноз, пенетрація, періанальні зміни), тяжкості процесу. Застосування біологічної терапії є сучасним ефективним методом лікування ХК.



**Ю. С. Лозинський,**  
кандидат медичних наук

У повідомленні «Досвід лікування хірургічних ускладнень у пацієнтів із хворобою Крона» кандидат медичних наук Ю. С. Лозинський наголосив, що хірургічне лікування періанальних абсцесів повинно бути мікроінвазивним (розкриття, дренажування лігатурою), зниження якості життя може бути обумовлене агресивним місцевим хірургічним лікуванням. У тяжких випадках колопроктомоія є останньою стадією лікування періанальної хвороби Крона. Анти-ФНП терапія може знизити необхідність в оперативному лікуванні та є ефективною для профілактики післяопераційного рецидиву хвороби Крона.



**Т. І. Бойко,**  
кандидат медичних наук

Кандидат медичних наук Т. І. Бойко в доповіді «Системні прояви хронічних запальних захворювань кишечника» повідомила, що у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) досить часто спостерігаються різні порушення гомеостазу, що виявляються формуванням системних проявів і ускладнень, які вимагають своєчасної діагностики й адекватної терапії. Патогенез

системних проявів ХЗЗК пов'язаний із порушенням Т-клітинної ланки імунітету, порушенням цитокинової регуляції, стимуляції фіброгенезу, стимуляції апоптозу, хронічною інтоксикацією, водно-електролітним дисбалансом, окислювальним стресом, виснаженням антиоксидантного захисту, підвищеним синтезом антитіл, посиленням утворенням гістаміну, серотоніну та порушенням мікроциркуляції. Основними системними проявами є первинний склерозуючий холангіт, ураження суглобів, ураження очей (увейти, ірити, іридоцикліти, склерити, епісклерити), ураження слизової ротової порожнини, гангренозна піодермія, вузлова еритема. Доповідач наголосила, що системні порушення при ХЗЗК повинні своєчасно діагностуватися й лікуватися. Терапія системних порушень включає обов'язкове лікування основного захворювання, а також проведення симптоматичної та специфічної терапії.

Доповіді професорів І. М. Скрипника й Н. Б. Губергріц були присвячені такій складній та значущій патології, як хронічний панкреатит. Викладена тактика ведення хворих з панкреатитом залежно від типу панкреатичної секреції та виду ускладнень основного захворювання.

Професор І. М. Скрипник у доповіді «Хронічний панкреатит: тактика ведення хворих, заснована на доказах» відмітив збільшення в Україні поширеності захворювань підшлункової залози у 2 рази (2010 р. проти 2001 р.) та висвітлив принципи лікування хронічного панкреатиту (відмова від алкоголю, дієта й усунення болювого синдрому). Звернув увагу



**І. М. Скрипник,**  
професор

на відмінність тактики купірування болю при хронічному панкреатиті в Україні, країнах Західної Європи та США. Модифікація способу життя й харчового раціону (AISP, 2010): відмова від куріння — помірно ефективна для зниження болю, відмова від алкоголю — екзокринна недостатність підшлункової залози не прогресує, за відсутності відповіді на лікування при стеатореї — зниження прийому жирів, вітамінні харчові добавки, при зовнішньосекреторній недостатності підшлункової залози тяжкого ступеня — ін'єкції ліпофільних препаратів, антиоксиданти. Корекція панкреатичної недостатності при різних ступенях тяжкості хвороби, що підтверджена вмістом фекальної панкреатичної еластази-1. Доповідач надав оцінку ефективності корекції панкреатичної недостатності.

Професор Н. Б. Губергріц виступила з доповіддю «Підводні рифи протоки Вірсунга», у якій висвітлено центральну регуляцію та фази панкреатичної секреції, порушення мікроциркуляції. Розкрито патогенез стресового панкреатиту, двосторонній зв'язок між пептич-



**Н.Б. Губерґріц,**  
професор



**Н.Ю. Ошмянська**



**О.Ю. Губська,**  
доктор медичних наук

ною виразкою й панкреатитом, панкреатитом і гастроєзофагеальним рефлюксом, між *H.pylori* і панкреатитом. Обговорено питання прийому ІПП при хронічному панкреатиті.

У доповіді «Регенерація клітин підшлункової залози при хронічному панкреатиті» **Н.Ю. Ошмянська** показала, що з гістологічної точки зору хронічний панкреатит проявляється у вигляді двох різнонаправлених взаємозалежних процесів: фіброзної трансформації підшлункової залози та атрофії функціональної тканини. При цьому на клітинному рівні спостерігалися такі процеси, як некроз, апоптоз і жирова дистрофія, а також регенерація й новоутворення ендокринної та екзокринної тканин із вже існуючих та стовбурових клітин.

У доповіді «Диспепсія: як покращити задоволеність лікуванням» **доктор медичних наук О.Ю. Губська** розкрила причини функціональної диспепсії (ФД). Патогенез ФД залишається до кінця не з'ясованим, оскільки можна припустити існування декількох механізмів розвитку. Так, *H.pylori* може бути причиною гладком'язової дисфункції за рахунок індукції хронічного за-

палення або внаслідок вироблення антитіл. Запалення, індуковане *H.pylori*, може знижувати поріг сприйняття дискомфорту, що виникає у відповідь на розтягнення шлунка за рахунок змін чутливості ентеральної системи або центральної нервової системи. До виникнення ФД можуть призводити й зміни у верхньому кишковому мікробіомі, психоемоційні порушення. Визначені підходи до лікування ФД з урахуванням ланок патогенезу та розширенням можливостей корекції синдрому диспепсії, насамперед препаратами рослинного походження із комплексною дією на різні ланки патогенезу розладу.

У доповіді **професора Ю.І. Решетилова**

«Ферментна терапія: шляхи покращення травлення» було висвітлено аероіонний скринінг метеоризму в гастроентерологічних хворих у постабсорбційний період травлення. Доведено, що газова суміш у здорових людей складається з азоту

(N<sub>2</sub>) — 24–90 %, вуглекислого газу (CO<sub>2</sub>) — 4,3–29 %, кисню (O<sub>2</sub>) — 0,1–23 %, водню (H<sub>2</sub>) — 0,6–47 %, метану (CH<sub>4</sub>) — 0–26 %, а також невеликої кількості сірководню (H<sub>2</sub>S), аміаку (NH<sub>3</sub>) та летючих меркаптанів. Озвучені причини метеоризму, а також патофізіологічні механізми здуття. Так, для розвитку метеоризму характерне збільшення кількості розчиненого газу з формуванням піни, утвореної газовими бульбашками. Утворення кількості стабільної газової піни, що покриває поверхню слизової кишечника, ускладнює процеси травлення, всмоктування, резорбції та видалення газів.

Проблемі постхо-

лестектомічного синдрому присвячено повідомлення **професора Є.С. Сірчак** «Формування ускладнень у хворих після холецистектомії та шляхи її корекції». Актуальність не викликає сумніву, тому що щорічно у світі виконується 2,5 млн холецистектомій, за частотою виконання це оперативне втручання поступається лише апендектомії. За даними різних авторів, після холецистектомії скарги гастроентерологічного характеру мають від 5 до 40–70 % хворих. У 15–40 % випадків холецистектомія призводить до нової хвороби, що об'єднують в загальний симптомокомплекс під назвою «постхолецистектомічний синдром» (ПХЕС), що проявляється як функціональне порушення органів травлення (дисфункція сфінктера Одді) внаслідок відсутності жовчного міхура, а також як ускладнення дисфункції сфінктера Одді формуванням хронічного панкреатиту. Розглянута комплексна терапія хворих після холецистектомії з дисфункцією сфінктера Одді.

**Професор А.С. Свінцицький** у доповіді «EMPendium: внутрішні хвороби»: нові можливості для лікарів терапевтичного профілю» презентував нове видання. Він зупинився на перевагах EMPendium, таких як висока якість фахового матеріалу, актуальні (постійне



**Ю.І. Решетилов,**  
професор



**Є.С. Сірчак,**  
професор





**А.С. Свінцицький,  
професор**

оновлення контенту) та вірогідні (узгоджені з останніми рекомендаціями європейських та американських наукових товариств, подані виключно на доказових засадах) дані; адаптація інформації експертною групою провідних українських фахівців; зручний спосіб подання матеріалу; легкість у використанні пошукової системи; добре ілюстрований матеріал;

безкоштовний доступ; наявність системи зворотного зв'язку з користувачами. Представлена експертна група з адаптації україномовного видання — 1 академік НАН України, 5 академіків НАМН України, 8 членів-кореспондентів НАМН України, 5 лауреатів Державної премії України, 13 заслужених діячів науки і техніки України, 6 заслужених лікарів України. Експерти представляють 10 вищих навчальних закладів, 6 науково-дослідних інститутів, 3 лікувально-профілактичні заклади, 9 регіонів України (Київ, Донецьк, Львів, Одеса, Дніпропетровськ, Чернівці, Полтава, Тернопіль, Ужгород).



**О.І. Сергієнко,  
професор**

Проблемі патології печінки у вагітних присвячена доповідь **професора О.І. Сергієнко** «Внутрішньопечінковий холестаза вагітних». У даний час наголошується на зростанні різної патології печінки в популяції в цілому, і вагітні, на жаль, не є винятком. Відомо, що інколи вагітність може сприяти порушенню адаптаційних процесів і розвитку захворювань печінки, що, у свою чергу, ускладнює перебіг самої вагітності. Саме до таких станів відносять внутрішньопечінковий холестаза вагітності (ВПХВ). Отримано підтвердження значущості мутацій в генах ABCB4 (чинник каналікулярного транспорту жовчних кислот) для розвитку ВПХВ та докази зв'язку поліморфізму гена ABCB11 і чутливості гепатоцитів до естрогену. Виявлений зв'язок мутацій у генах ABCB4, ABCB2 із резистентністю до медикаментозного лікування холестазу. У діагностиці внутрішньопечінкового холестазу вагітності звертають увагу на особливості клінічної картини, лабораторних показників (підвищений вміст білірубіну, підвищення лужної фосфатази, можливо підвищення вмісту жов-

чних кислот — холевої, хенодезоксихолевої). Метою лікування ВПХВ є купірування симптомів холестазу вагітних, зникнення загрози переривання вагітності й поліпшення матково-плацентарного кровотоку. Для лікування ВПХВ оптимальними є препарати урсодезоксихолевої кислоти, що доцільно призначати з моменту діагностики ВПХВ. Для профілактики ускладнень (кровотеч) рекомендується введення вітаміну К за декілька днів до пологів.

Доповідь «Прогнозування розвитку гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) у хворих на цироз печінки» **професора Н.Г. Вірстюк** присвячена актуальній проблемі: рак печінки за поширеністю посідає 6-те місце серед усіх онкологічних захворювань, так, щорічно у світі на рак печінки захворюють близько 749 000 людей. Тривалі проспективні дослідження показали, що ризик розвитку ГЦК у пацієнтів із цирозом печінки становить близько 1–8 % на рік (2 % у пацієнтів із цирозом на тлі хронічного гепатиту В і 3–8 % у пацієнтів із цирозом, асоційованим із вірусом гепатиту С). Епідеміологічні дослідження показали виражену кореляцію між споживанням у їжу забруднених афлатоксином В1 продуктів, мутаціями TP53 і розвитком ГЦК, особливо в пацієнтів із гепатитом В. Одним із важливих факторів, що визначає прогноз майбутнього лікування раку печінки, є рання діагностика захворювання, коли можливе хірургічне видалення пухлини. Проте захворювання на ранніх стадіях часто має латентний перебіг і клінічно проявляється вже на пізніх стадіях. Ранніми клініко-прогностичними критеріями розвитку ГЦК можна вважати збільшення вмісту  $\alpha$ -фетопротеїну в крові, активацію процесів апоптозу зі збільшенням експресії Fas/APO-1 (CD95), порушення функціонального стану геному гепатоцитів із пригніченням транскрипційно-трансляційного апарату, збільшенням кількості конденсованого хроматину, збільшенням числа патологічно змінених ядер. Збільшення вмісту в крові ФРФб корелює з активацією процесів апоптозу, збільшенням вмісту в крові  $\alpha$ -фетопротеїну.



**Н.Г. Вірстюк,  
професор**

Повідомлення **доктора медичних наук Ю.А. Гайдара та наукового співробітника Г.Ю. Аржанової** «Перспективи електронно-мікроскопічних досліджень в гастроентерологічній практиці» стосується застосування електронної мікроскопії для вивчення живих тканин, що дозволяє отримати уявлення про тонку будову клітин і міжклітинних структур у нормі та при різних патологічних процесах. Електронна мікроскопія є самостійним методом, що доповнює

світлову мікроскопію й дозволяє вивчати патологічні процеси на ультраструктурному рівні. Роздільна здатність електронного мікроскопа в 1000–10 000 разів перевершує роздільну здатність світлового мікроскопа, а в кращих сучасних приладах може бути менше 1 ангстрема. У ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» електронна мікроскопія існує з 1972 року. За цей час було виконано значну кількість досліджень у галузі гастроентерології. Результати роботи стали фрагментами 3 докторських і численних кандидатських дисертацій. Напрями застосування: цитопатичні ефекти факторів *Cag A*, *Vac A*, *H.pylori*, целіакія, гепатит С (вивчення локалізації вірусу в печінці, вивчення ультраструктурних особливостей печінки при хронічному гепатиті, асоційованому з вірусом С, участь зірчастих клітин у фіброзуванні печінки).



**Ю.С. Бреславець,**  
кандидат медичних наук

У повідомленні кандидата медичних наук **Ю.С. Бреславець** «Динаміка NO-синтазної активності слизової оболонки шлунка у хворих на НПЗП-гастропатії на фоні лікування» стверджується, що синтази оксиду азоту беруть участь у розвитку патологічних реакцій при НПЗП-асоційованих гастропатіях за рахунок пригнічення захисних властивостей слизової оболонки та прямої подразнюючої дії НПЗП. Наявність НПЗП-гастропатії супроводжується підвищенням вмісту NOS в біоптатах слизової оболонки гастродуоденальної зони. Включення гастроцитопротектора ребаміпіду в терапію призводить до більш вираженого зниження показників iNOS в слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки. Зокрема, при застосуванні схеми з використанням цитопротектора цей показник зменшився майже у 18 разів, а у хворих, які не отримували гастроцитопротектор, — майже в 4 рази, що може свідчити про активацію захисних механізмів слизової оболонки.

Спеціальне секційне засідання під керівництвом професора О.Є. Абатурова було присвячено захворюванням ШКТ у дітей. Були розглянуті питання пробіотичної терапії, гастроінтестинальних розладів, діагностики та корекції лактазної недостатності в дітей раннього віку, особливості перебігу ротавірусної інфекції при різних генотипах гена лактази, а також проблема значно поширеної патології дитячого віку — функціональних розладів жовчного міхура й сфінктера Одді та їх раціональної терапії.

**Професор О.Є. Абатуров** у доповіді «Симбіотична підтримка антибіотикотерапії в дитячій практиці» наголосив, що відкриття антибіотиків здійснило революцію в лікуванні інфекційних захворювань. Але,

на жаль, антибактеріальна терапія відзначається й несприятливою дією на мікробіом та імунну систему людини та сприяє розвитку антибіотикасоційованої діареї. Тому в даній час на підставі результатів численних рандомізованих, плацебо-контрольованих, порівняльних досліджень визначена ефективність різних пробіотичних засобів при різних клінічних ситуаціях як у дітей, так і в дорослих пацієнтів. Механізми дії пробіотичних бактерій: антимікробна активність, зниження адгезії патогенної флори, підвищення кислотності в просвіті кишечника, продукція бактеріоцинів і мікроцинів, інгібіція бактерійної інвазії, підвищення рівня бар'єра оболонки кишечника, збільшення продукції слизу, підтримка цілісності міжклітинного бар'єра, імуномодуляція, вплив на дендритні та епітеліальні клітини, моноцити/макрофаги та лімфоцити.

**Професор О.Ю. Белоусова** в доповіді «Ендокринна недостатність підшлункової залози у дітей — проблеми діагностики й лікування» відмітила, що серед захворювань, які супроводжуються недостатністю того або іншого травного органа, значне місце посідають хвороби, що супроводжуються розвитком хронічної недостатності підшлункової залози, яка відіграє суттєву роль в діяльності травної системи й організму дитини в цілому. У класичних випадках клінічна картина зовнішньосекреторної панкреатичної недостатності представлена такими симптомами: стеаторея, креаторея, амілорея. Проте випадки захворювання з яскраво вираженими симптомами в дитячому віці зустрічаються досить рідко. Складність діагностики зовнішньосекреторної панкреатичної недостатності полягає в тому, що в більшій частині випадків вона клінічно не виявляється. Найбільш інформативним та неінвазивним методом виявлення зовнішньосекреторної недостатності є метод визначення еластази-1 у калі. Оптимальна корекція зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози здійснюється призначенням відповідного харчування й ферментних препаратів. Призначення ферментів вимагає індивідуального підходу з урахуванням симптомів панкреатичної недостат-



**О.Є. Абатуров,** професор



**О.Ю. Белоусова,** професор



**О.Г. Шадрін,  
професор**

ності, бажано під контролем копрограми.

У доповіді «Гастроінтестинальні розлади у дітей раннього віку при різних типах лактазної недостатності, особливості діагностики і корекції» професора **О.Г. Шадріна** розглянуті питання функціональних порушень ШКТ як найбільш частих порушень здоров'я дітей раннього віку. До найбільш поширених функціональних порушень відносять кишкові дитячі кольки (від 20 до 70 % за даними різних авторів), що частіше зустрічаються в дітей перших 6 міс. життя. Діагноз кишкової кольки може бути встановлений будь-якій дитині молодше 4–5 міс., чий плач і неспокій відповідають критеріям кишкової кольки, без ознак ураження ЦНС та порушення розвитку, яка має нормальні показники фізичного розвитку та не має відхилень об'єктивних даних від норми. У 62 % дітей із кишковими кольками мають місце прояви різних форм лактазної недостатності. При лікуванні дітей із кишковими кольками, викликаними лактазною недостатністю, необхідно враховувати тип і ступінь тяжкості захворювання. У немовлят із лактазною недостатністю з урахуванням цінності грудного молока необхідне застосування замісної ферментотерапії для її лікування. Ранній початок замісної ферментотерапії в дітей із різними формами лактазної недостатності підвищує ефективність лікування. Діти з транзиторними формами лактазної недостатності потребують лікування основного захворювання, а замісна ферментотерапія лактазою використовується на період відновлення власних ферментних систем організму.



**Г.А. Леженко,  
професор**

ж таки порушення роботи внутрішніх органів, і про це слід пам'ятати. Так, в основі первинних дисфункцій біліарного тракту лежать функціональні порушення жовчовивідної системи, що виникли на ґрунті розладу

нейрогуморальних механізмів-регуляторів і призводять до порушення відтоку жовчі та панкреатичного секрету в дванадцятипалу кишку за відсутності органічних перешкод. Вторинні дисфункції біліарного тракту поєднуються з органічними змінами жовчного міхура, сфінктера Одді або виникають при різних захворюваннях органів черевної порожнини. Подані причини та механізми розвитку дискінезії жовчовивідних шляхів, фактори, що сприяють її розвитку, а також шляхи вирішення даної проблеми (режим, дієта, медикаментозна корекція).

Аспірант кафедри факультетської педіатрії та медичної генетики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» **Ю.Ю. Степанова** в доповіді «Особливості перебігу ротавірусної інфекції у дітей з різними генотипами гена лактази» підкреслила, що найбільшу значимість проблема лактазної недостатності має для дітей раннього віку, оскільки в цей період молочні продукти переважають у раціоні харчування. У дітей раннього віку, хворих на ротавірусну інфекцію, найбільш часто (63 %) зустрічається генотип С/С-13910 гена LCT. Особливостями перебігу ротавірусної інфекції в дітей із генотипом С/С-13910 гена LCT є менш тяжка форма захворювання, що в більшості випадків перебігає без лихоманки, короткочасний синдром блювоти, висока частота респіраторного синдрому, коротка тривалість хвороби. Особливостями перебігу ротавірусної інфекції в дітей із генотипом С/Т-13910 гена LCT можна вважати схильність до тяжкого перебігу з фебрильною лихоманкою, стійкою діареєю, високою частотою вираженого ацетонемічного синдрому та більш тривалий перебіг захворювання. Під час ротавірусної інфекції в дітей із генотипом С/Т-13910 відзначається схильність до більш підвищеної продукції кальпротектину, особливо в гострому періоді захворювання.

У рамках конференції була проведена нарада з обласними гастроентерологами, присвячена проблемам організації спеціалізованої гастроентерологічної служби та перспективам її розвитку.

Наукова сесія була завершена врученням грамот за результатами конкурсу молодих вчених, які подали власні дослідження у вигляді постерних доповідей. Необхідно визнати, що всі роботи відображають високий рівень підготовки молоді та здатність самостійно аналізувати наукові дані.

І місце присуджено науковим співробітникам О.О. Галінському та Н.Ю. Ошмянській за роботу «NO-синтазна активність та функціонально-морфологічний стан гастродуоденальної зони при дисбалансі NO в організмі шурів».

II місце — В.А. Макачук за роботу «Розподіл нейроспецифічних білків центральної та периферичної нервової системи при експериментальному хронічному панкреатиті».

III місце — Д.В. Орловському за стендову доповідь «Віддалені результати хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту».

Підготували **О.М. Бабій, Н.В. Пролом, ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»**