



ЗА МАТЕРІАЛАМИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «VIII УКРАЇНСЬКИЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИЙ ТИЖДЕНЬ»

24–25 вересня 2015 р. у м. Дніпропетровську Державною установою «Інститут гастроентерології НАМН України» в діловому центрі «Менора» проведено науково-практичну конференцію з міжнародною участю «VIII Український гастроентерологічний тиждень».



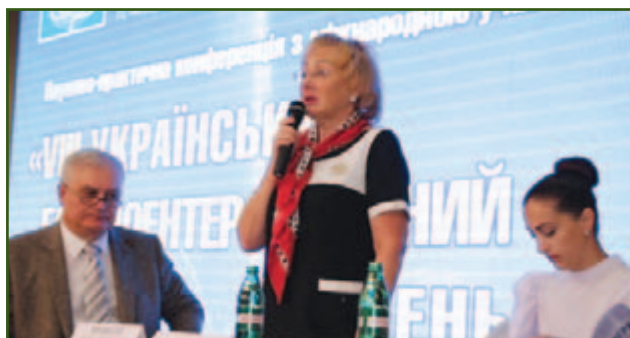
Науковий керівник конференції — директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», головний спеціаліст НАМН України з гастроентерології та дієтології, заслужений лікар України, голова спілки «Асоціація з вивчення та лікування хвороб органів травлення в Україні», доктор медичних наук, професор Юрій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



У роботі конференції взяли участь провідні вчені, головні позаштатні спеціалісти з гастроентерології, лікарі-гастроентерологи, хірурги, лікарі загальної практики, терапевти, педіатри, лікарі променевої діагностики, лікарі-ендоскопісти та ін.



З привітанням від імені президента Національної академії медичних наук України, академіка А.М. Сердюка виступила перший проректор Дніпропетровської медичної академії, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор Т.О. Перцева.



Від Міністерства охорони здоров'я України конференцію привітала головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «гастроентерологія», член-кореспондент НАМН України, професор Н.В. Харченко.



Привітання від Дніпропетровської облдержадміністрації прочитали заступник голови Дніпропетровської обласної ради, д.м.н., професор В.О. Павлов та провідний спеціаліст Департаменту управління охороною здоров'я Ю.С. Черняк.

У рамках конференції було проведено 6 пленарних засідань, панель дискусії «Аналітичні підходи до актуальних питань в гастроентерології», 4 сателітних симпозиуми, у тому числі симпозиум «Досягнення молодих вчених у практичній та експериментальній гастроентерології», відеозв'язок з Казахстаном, постерну сесію.

Перше секційне засідання відкрив директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», професор Ю.М. Степанов (м. Дніпропетровськ) із доповіддю «Розвиток гастроентерологічної науки: реалії та плани».



У доповіді була висвітлена сучасна робота Інституту гастроентерології, у тому числі у сфері міжнародного співробітництва. Особливу увагу професор Ю.М. Степанов приділив досягненням молодих вчених інституту, які були неодноразово нагороджені грамотами та преміями державного й місцевого значення. До перспективних напрямів роботи належить відкриття в Інституті гастроентерології відділення міні-інвазивних технологій діагностики та лікування пацієнтів з хворобами органів травлення, створення Всеукраїнського

центру моніторингу стеатозу та фіброзу при дифузних захворюваннях печінки, створення центру ранньої верифікації фіброзу та стеатозу при патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ), розробка умов для стажування співробітників у міжнародних гастроентерологічних центрах, робота у складі робочих груп МОЗ України з підготовки протоколів та стандартів медичної допомоги в частині гастроентерологічної патології.

Із доповіддю «Стан гастроентерологічної служби в період реформування галузі» виступила член-кореспондент НАМН України, професор Н.В. Харченко (м. Київ). У своєму виступі вона зупинилась на сучасних документах, що регламентують роботу гастроентерологічної служби в Україні. Відмічено, що з метою покращення роботи лікаря-гастроентеролога та удосконалення статистичної звітності МОЗ України підготовлені та видані «Класифікації хвороб органів травлення» (2014). За останні 5 років відбулось зростання поширеності хвороб органів травлення, що становлять 28,5 % у загальній популяції, відмічено значну динаміку збільшення кількості гастроентерологічних хворих, які знаходяться під диспансерним наглядом у закладах МОЗ України. В останні роки спостерігається негативна тенденція до суттєвого скорочення штату лікарів-гастроентерологів в Україні та кількості гастроентерологічних ліжок у лікарняних закладах системи МОЗ. Доповідач підкреслила, що на фоні зменшення кількості посад лікарів-гастроентерологів це може сприяти зниженню доступності та якості надання спеціалізованої допомоги населенню.

Президент ГО «Українська гастроентерологічна асоціація», професор О.Я. Бабак (м. Харків) подав доповідь на тему «Перспективні напрями фармакотерапії і профілактики дифузних захворювань печінки». Ураження печінки будь-якої етіології супроводжується порушенням її структури та функції. У структурі хронічних дифузних захворювань печінки переважають вірусні, токсичні гепатити, генетично детерміновані та аутоімунні захворювання печінки. Основу сучасної патогенетичної терапії даних захворювань становлять імунодепресанти, імуномодулятори, гепатопротектори. Доповідач зупинився на основних групах гепатопротекторів, що використовуються при лікуванні хронічних дифузних захворювань печінки. Так, до препаратів зі значною доказовою базою належать адеметіонін (гептрал), глутатіон (гепавал), L-орнітин-L-аспартат.

Директор ДУ «Національний інститут терапії ім. академіка Л.Т. Малої НАМН України», професор Г.Д. Фадеєнко (м. Харків) у доповіді «Ожиріння як фактор ризику захворювань органів травлення» висвітлила взаємозв'язок генетичних факторів, метаболічних порушень та особливостей харчової поведінки у формуванні ожиріння. Надмірне споживання їжі є етіологічним фактором у 95 % випадків ожиріння, але наявність сімейної схильності на даний час не викликає сумнівів. Найбільш вірогідно, що успадковується схильність до декількох компонентів метаболічного синдрому та цукрового діабету 2-го типу. Розглянуті захворювання

шлунково-кишкового тракту та печінки, що можуть виникати внаслідок ожиріння. Намічено основні шляхи боротьби з даною проблемою (раціональна дієта відповідно до генотипу, фізичне навантаження, пробіотики, консервативне лікування гомеопатичними препаратами, хірургічне лікування морбідного ожиріння та лікування супутньої патології).

Цікавим нововведенням стало проведення панелі дискусії, що вперше в Україні була апробована на науковій сесії Інституту гастроентерології в липні 2015 року. Панель дискусії «Аналітичні підходи до актуальних проблем в гастроентерології» подали професори Ю.М. Степанов, Н.Б. Губергріц (м. Одеса), А.Є. Дорофєєв (м. Київ). Даний формат знайшов широкий відгук серед присутніх та одержав високу оцінку провідних вчених.

Проф. Ю.М. Степанов у доповіді «Критерії адекватності замісної ферментної та спазмолітичної терапії хронічного панкреатиту» навів дані щодо сучасного розуміння патогенезу хронічного панкреатиту та висвітлив можливі наслідки мальнутриції у хворих. Підкреслено необхідність адекватної замісної ферментної терапії при зовнішньосекреторній недостатності підшлункової залози. Встановлення трофологічного статусу є однією з найголовніших задач при лікуванні хронічного панкреатиту. Початкова доза ферментів для хворих з клінічними симптомами екзокринної недостатності підшлункової залози становить 40–50 Од ліпази на прийом їжі з наступним збільшенням до повного відновлення трофологічних показників. До основних груп медикаментів у лікуванні хронічного панкреатиту належать інгібітори протонної помпи (ІПП), ферменти, спазмолітики, за потребою наркотичні та ненаркотичні анальгетики, інгібітори секреції підшлункової залози та ін.

Професор Н.Б. Губергріц у своїй доповіді підкреслила необхідність своєчасної повноцінної дезінтоксикаційної, антифібротичної, антистеатозної та антиоксидантної терапії алкогольної хвороби підшлункової залози та печінки в комбінації з достатньою ферментною та антисекреторною терапією. На особливу увагу заслуговують препарати метадоксину (ліверія), ферментні препарати у вигляді міні-мікросфер (креон).

Доповідь професора А.Є. Дорофєєва була присвячена актуальним питанням діагностики та лікування позакишкових проявів хронічних запальних захворювань кишечника (ХЗЗК). На сьогодні відмічається зростання захворюваності на запальні захворювання кишечника, що призводять до ранньої інвалідизації хворих. До найбільш частих форм позакишкових проявів ХЗЗК належать ураження шкіри, суглобів, печінки, меншою мірою прояви діагностуються у формі змін з боку серця, щитоподібної та підшлункової залоз. До предикторів позакишкових проявів ХЗЗК належать генетична схильність, характер ураження кишечника (активність, поширеність), вираженість аутоімунної агресії (рівень порушення імунітету, перехресно реагуючих антитіл), ступінь метаболічних порушень (порушення всмоктування, детоксикації). Лікувальна

тактика включає базисну терапію запальних захворювань кишечника, ад'ювантну терапію (купірування болювого синдрому, ступінчата ферментотерапія, дезінтоксикаційна терапія, корекція кишкового дисбіозу). Препаратами вибору при лікуванні пацієнтів з ХЗЗК із позакишковими проявами є імунобіологічні препарати та топічні стероїди.

Друге пленарне засідання відкрила доповідь професора Н.В. Харченко, яка звернула увагу на те, що Україна знаходиться на першому місці за смертністю від серцево-судинних захворювань, безпосередньою причиною більшості з них є процес атерогенезу. На сьогодні відомо, що до 80 % холестерину синтезується в організмі людини. Клітини кишечника не тільки синтезують холестерин, але й продукують сполуки, що регулюють його синтез у печінці. Доведено, що біфідо- та лактобактерії сприяють зниженню активності ГМГ-КоА-редуктази, яка впливає на синтез холестерину. Порушення кількісного та якісного складу мікрофлори зустрічається в 90 % хворих із серцево-судинними захворюваннями, що підкреслює важливість своєчасної корекції дисбіотичних змін.

Проблемі дисбалансу мікрофлори та ланці «кишечник — печінка» присвячена доповідь професора Т.Д. Звягінцевої (м. Харків) «Взаємозв'язок печінки та кишечника на фоні дисбалансу мікрофлори». При порушенні кишкового бар'єра печінка піддається дії токсичних факторів, що надходять із кишечника. У свою чергу, ряд метаболітів, які продукуються печінкою, абсорбуються в кишечнику, адже понад 70 % кровотоку печінки забезпечується воротною веною. Зв'язок між високими дозами бактеріального ендотоксину, запаленням й пошкодженням печінки та подальшим фіброгенезом сьогодні доведено та експериментально підтверджено. Доведено, що мікрофлора може індукувати неалкогольну жирову хворобу печінки чи її прогресування з розвитком неалкогольного стеатогепатозу. Патогенетично обґрунтованим є призначення терапії, що направлена на відновлення та регенерацію структури та функцій клітинних мембран та мікробіоти кишечника.

Професор В.П. Шипулін (м. Київ) у доповіді «Нова ера в лікуванні хронічного гепатиту» звернув увагу на поширеність вірусного гепатиту С (ВГС), адже в усьому світі ВГС інфіковано 185 млн людей. Сучасний арсенал противірусних препаратів для лікування хронічного гепатиту С включає препарати пегільованого інтерферону, рибавірин, боцепревір, телапревір, софосбувір, симепревір, даклатасвір та безінтерферонові DAA комбінації. До пацієнтів, які мають найвищий пріоритет для початку противірусної терапії (ПВТ), належать пацієнти з тяжким фіброзом (MetavirF3) та компенсованим цирозом печінки (MetavirF4) при необхідності трансплантації в найближчий час, у випадку змішаної кріоглобулінемії типу 2/3 з ураженням органів-мішеней, протеїнурії, нефротичного синдрому та мембранопроліферативного гломерулонефриту. До пацієнтів з високим пріоритетом початку ПВТ належать пацієнти з помірним фіброзом (MetavirF2) при коінфікуван-

ні HIV, HBV, з іншими захворюваннями печінки, ЦД 2-го типу, у випадку пізньої кишкової порфірії. Сучасні схеми лікування припускають режим з використанням препаратів інтерферону та безінтерфероновий режим. До противірусних препаратів першого покоління, що застосовуються для безінтерферової терапії, належать інгібітори NS3, що мають високу ефективність, нижчу ціну порівняно з препаратами другого покоління, що робить раціональним їх використання при F3-F4 (за винятком декомпенсації з низьким рівнем тромбоцитів та альбуміну одночасно), особливо в державних програмах із лімітованим бюджетом. До препаратів другого покоління належать Harvoni (ledipasvir/sofosbuvir), Exviera (dasabuvir) + Viekirax (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir), Daklinza (daclatasvir) + Sovaldi (sofosbuvir). До переваг препаратів другого покоління належать більш коротка тривалість лікування (8–24 тижні) та менш складні схеми лікування, досягнення стійкої відповіді у більше ніж 90 % пацієнтів. Доповідач зупинився на нових схемах терапії відповідно до вірусного генотипу, що засновані на даних доказової медицини.

Професор С.М. Ткач (м. Київ) у доповіді «Сучасні підходи до протирецидивного лікування ГЕРХ» звернув увагу на актуальність даної нозології. Зауважено, що основними препаратами для лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) залишаються стандартні чи подвійні дози ІПП, що використовуються в різних режимах (залежно від форми ГЕРХ, фази захворювання). Відповідно до останнього консенсусу Американського коледжу гастроентерології підтримуюча терапія ІПП повинна проводитись у пацієнтів із ГЕРХ, у яких після відміни ІПП з'являються симптоми, а також у пацієнтів з ускладненнями, такими як ерозивний езофагіт та стравохід Баррета. У пацієнтів, які потребують тривалого прийому ІПП, вони повинні використовуватись у найменшій ефективних дозах, звичайній половинних, включаючи терапію за потребою чи інтермітуючу терапію. Антирефлюксну хірургічну терапію слід розглядати тільки як резервну стратегію лікування.

Професор А.Є. Дорофеев виступив з доповіддю «Порушення мікробіоценозу кишечника у хворих з синдромом подразненого кишечника». У патогенезі синдрому подразненого кишечника (СПК) відіграють роль психосоматичні порушення, вісцеральна гіперчутливість, зміна кількісного та якісного складу мікрофлори, дисрегуляція кишкової моторики, мікрозапальні зміни в кишечнику. Шляхами корекції дисбіозу є застосування про- та пребіотиків, антибіотиків, фекальна трансплантація. До препаратів із вагомою доказовою базою при лікуванні СПК належать препарати сахароміцетів буларді (ентерол), селективний кишковий ентросептик рифаксимін (альфа-нормікс).

Професор Ю.М. Степанов подав доповідь «Принципи гастроцитопротекції в лікуванні хронічного гастриту». Довготривалий прийом ІПП у пацієнтів, які інфіковані *H.pylori*, асоційований з розвитком гастриту з переважним ураженням тіла шлунка. Це прискорює втрату спеціалізованих залоз та призводить до

атрофічного гастриту (згідно з Маастрихт IV). Ерадикація *H.pylori* у пацієнтів, які тривало отримують ІПП, сприяє усуненню запалення та запобігає прогресуванню гастриту до атрофічної форми. Включення вісмуту субцитрату (де-нол) до складу схем антихелікобактерної терапії є одним з найбільш ефективних та доступних способів оптимізації лікування інфекції *H.pylori*.

Професор Н.В. Харченко виступила з доповіддю «Профілактика раку шлунка при асоційованих захворюваннях». Доведеними факторами ризику розвитку раку шлунка є *Hp*-інфекція, високий уміст солі в раціоні, перніциозна анемія, аденоматозні поліпи, хронічний атрофічний гастрит, дія опромінення, перенесена резекція шлунка. За даними ВООЗ, 50 % онкологічних захворювань можна запобігти, змінивши стиль життя, адже використання нерафінованих продуктів, рослинних волокон, каротиноїдів є фактором захисту від розвитку раку шлунка. Ерадикація *H.pylori* веде до статистично значимого регресу кишкової метаплазії слизової оболонки антрального відділу, але не тіла шлунка. Додавання вісмуту субцитрату до схем антихелікобактерної терапії підвищує їх ефективність на 20 % та більше. Де-нол пригнічує патогенну та умовно-патогенну мікрофлору кишечника, що покращує переносимість схем антихелікобактерної терапії.

Професор Г.Д. Фадеєнко у доповіді «Препарати вісмуту: від хімічних сполук до практики» акцентувала увагу на унікальних властивостях колоїдного субцитрату вісмуту, що забезпечує високу клінічну ефективність в лікуванні пептичних виразок та ерадикації *H.pylori*, відсутність резистентності в мікроорганізмів, безпечність та доступність, подальшу необмежену перспективу в гастроентерології.

Під час конференції було здійснено пряме включення з м. Алмати (Казахстан). Через телеміст професор О.В. Нерсесов подав свою лекцію на тему «Внутрішньопечінковий холестаза: класифікація, особливості діагностики та лікування». Доповідь присвячена питанням класифікації, діагностики й лікування внутрішньопечінкового холестаза. Особлива увага приділена такій патології, як первинний біліарний цироз. Наведені дані лабораторної, інструментальної діагностики, зокрема ендоскопічної ультрасонографії, що з високою точністю дозволяє оцінити стан жовчовивідних шляхів та провести диференціальну діагностику патології.

Третє пленарне засідання відкрила професор І.Г. Палій (м. Вінниця), яка висвітлила питання епідеміології, класифікації, діагностики та лікування ГЕРХ. Стандартизованим інструментом для об'єктивної кількісної оцінки симптомів є спеціалізовані опитувальники, включаючи Gerd-Q. У доповіді висвітлено переваги препаратів пантопразолу (нольпаза) при лікуванні ГЕРХ.

Доцент кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ) С.В. Музика запропонував доповідь «Практичне значення ендоскопії з високою роздільною здатністю». Результати проведених мультицентрових досліджень демонструють ефектив-

ність та статистично вірогідну перевагу ендоскопії високої роздільної здатності в ендоскопії травного тракту.

Доцент В.В. Чернявський (м. Київ) приділив увагу практичному підходу до корекції мікрофлори кишечника, адже вона бере участь в патогенезі більшості захворювань ШКТ. У доповіді висвітлено роль *Bacillus clausii*. Використання препаратів *B. clausii* є сучасним варіантом корекції мікрофлори у різних клінічних ситуаціях з доведеною клінічною ефективністю.

У своїй доповіді професор В.М. Чернобровий (м. Вінниця) приділив увагу сучасній кислотосупресивній терапії, можливостям контролю ефективності терапії за допомогою гастро-рН-моніторингу. Доповідач детально зупинився на групі ІПП, питанні рефрактерної GERX та можливих шляхах її подолання.

Професор Л.Р. Шостакович-Корецька (м. Дніпропетровськ) подала доповідь «Вибір оптимальної терапії гепатиту С з появою «нових схем терапії» в реаліях України». На сьогодні безінтерферонова терапія хронічного вірусного гепатиту С не завжди є доступною, у першу чергу в силу економічних обмежень. Терапія всіх генотипів, що базується на використанні препаратів інтерферону та рибавіріну (ІФН + РБВ), а при генотипі 1 — у комбінації з боцепревіром чи телапревіром, залишається актуальною та високоефективною. При доступності безінтерферонового режиму пацієнти з генотипом 3 можуть отримати схему: рибавірин + софосбувір 24 тижні, однак така терапія може бути субоптимальною в пацієнтів із попереднім досвідом лікування та у хворих із цирозом, що потребує альтернативного підходу.

Співробітники відділу хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» д.м.н. В.М. Ратчик, професор Б.Ф. Шевченко, С.О. Тарабаров (м. Дніпропетровськ) у своїй доповіді навели власні дані щодо застосування сучасних ендоскопічних методів дренивання протоків панкреато-біліарної системи.

Другий день роботи конференції та **четверте пленарне засідання** розпочала професор Г.В. Осьодло (м. Київ), яка навила дані щодо контролю фіброзу та стеатозу печінки у хворих із хронічним вірусним гепатитом С, зупинившись на нових можливостях у терапії ВГС з використанням біциклолу.

Професор Ю.М. Степанов у своїй доповіді зупинився на гастроентерологічних аспектах метаболічного синдрому та цукрового діабету, підкресливши необхідність своєчасної дезінтоксикаційної, антиоксидантної та метаболічної терапії, у тому числі з використанням препаратів L-орнітину-L-аспартату (гепавал).

Професор Ю.І. Решетілов (м. Запоріжжя) у доповіді «Полиферментні препарати та їх роль у змішаному травленні» акцентував увагу на доборі дози та форми випуску ферментних препаратів у різних клінічних ситуаціях, зупинившись на інноваційних роботах кафедри сімейної медицини та гастроентерології ЗМАПО у вивченні аероіонного паспорту людини.

Доповідь професора Т.Д. Звягінцевої була присвячена хронічним захворюванням печінки. До факторів ризику розвитку хронічних захворювань печінки нале-

жать розширення міграційних процесів, кліматичний та екологічний стреси, апное під час сну, споживання глютену, накопичений раніше резервуар хронічно інфікованих осіб, безсимптомний перебіг захворювань. Сприяють прогресуванню захворювання: накопичена раніше захворюваність на гепатити та цирози, полівірусна мікст-інфекція, ВІЛ-інфекція, вживання алкоголю, наркотичних та психотропних речовин, збільшення долі інвазивних медичних процедур, поліпрагмазія, гепатотоксичні препарати тощо. З позицій доказової медицини у випадку неможливості використання протівірусної терапії рекомендовано використання таких методів, як флеботомія, прийом препаратів урсодезоксихолевої та гліциризинової кислот, що мають проти-запальний та антифібротичний ефекти.

Самітний симпозіум «Нові технології — нові успіхи в лікуванні кислотозалежних захворювань» відкрив професор Ю.М. Степанов, який зупинився на питаннях терапії GERX з використанням сучасних лікарських засобів, що підтвердили свою ефективність на підставі даних доказової медицини.

Професор О.Я. Бабак у своїй доповіді розповів про еволюцію інгібіторів протонної помпи від омепразолу до декслансопразолу, підкресливши переваги використання сучасних ефективних препаратів.

У своїй доповіді професор І.М. Скрипник (м. Полтава) приділив увагу новим діагностичним та лікувальним технологіям у веденні хворих із захворюваннями стравоходу.

П'яте пленарне засідання відкрила професор Г.Д. Фадеєнко з доповіддю «Антихелікобактерна терапія: старі постулати та нові тенденції». Можливості підвищення ефективності антихелікобактерної терапії в Україні пов'язані з використанням подвійних доз ІПП 2 рази на день при повторній терапії тривалістю до 14 діб, одночасним призначенням пробіотиків, використанням якісних препаратів з доведеною ефективністю, індивідуальним підходом з урахуванням анамнезу використання антибактеріальних засобів, контролем прихильності до терапії.

Доцент І.Я. Будзак (м. Дніпропетровськ) зупинився на кислотосупресивній терапії функціональної диспепсії (ФД) та комплексній терапії ФД з урахуванням форми захворювання, клінічних проявів та етіологічного фактора.

Доповідь професора О.Я. Бабака була присвячена питанням терапії абдомінального болю. Доповідач підкреслив, що спазмолітичні препарати повинні відповідати таким критеріям: ефективно ліквідувати спазми гладкої мускулатури чи запобігати їм, мати виражену анальгетичну дію, нормалізувати функціонування органів та систем незалежно від їх локалізації, не впливати на механізми болю (на відміну від ненаркотичних та опіоїдних анальгетиків), не стирати симптоматику та не маскувати клінічну картину можливих гострих та невідкладних станів, тобто не ускладнювати верифікацію діагнозу. До препаратів з підтвердженою ефективністю та економічною обґрунтованістю можна віднести дротаверин (но-шпа).

Професор Н.Б. Губерґріц зупинилась на сучасних можливостях лікування поєднання неалкогольного статогепатиту та функціональних захворювань органів травлення.

У своїй доповіді професор Л.В. Журавльова (м. Харків) висвітлила питання коморбідності захворювання печінки та цукрового діабету. Доповідач зробила акцент на необхідності ефективної метаболічної детоксикації, гепатопротекції та білково-вуглеводної корекції, зокрема за допомогою препарату L-орнітину-L-аспартату (ларнамін).

Професор О.Ю. Губська (м. Київ) розповіла про сучасні можливості довготривалого лікування хворих на атрофічний гастрит. На даний час особам з вираженою атрофією і/або вираженою інтестинальною метаплазією рекомендується ендоскопічне спостереження кожні 3 роки, особи з помірною та слабко вираженою інтестинальною дисплазією тільки в антрумі спостереження не потребують. Пацієнти з дисплазією без видимих ендоскопічних змін повинні обов'язково спостерігатись в період від 6 до 12 місяців чи протягом 12 міс., при дисплазії високого ступеня та видимих пошкодженнях повинні підлягати резекції. До неінвазивних методів діагностики хронічного атрофічного гастриту належить визначення рівня шлункового пепсиногену. Традиційні підходи до ведення хворих з гастритом із секреторною недостатністю включають препарати — стимулятори секреторної функції шлунка, препарати, що покращують тканинний обмін та регенерацію, антиоксиданти (альфа-токоферол, церулоплазмін, препарати селену), антациди, протизапальні препарати рослинного походження, спазмолітичні фітопрепарати, препарати з протизапальною активністю — сукральфат, репаранти. Ферментні препарати використовуються для корекції диспепсії, пов'язаної з залученням у патологічний процес інших органів травлення.

Сателітний симпозіум «Кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії — 50 років» урочисто відкрив директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» професор Юрій Миронович Степанов, який привітав кафедру з ювілеєм і відзначив, що за цей час кафедрою та її співробітниками пройдено великий шлях становлення, творчого та професійного розвитку. Проведена значна робота зі створення наукової, учбово-методичної та клінічної баз. Впровадження в життя наукових розробок кафедри робить суттєвий внесок у гастроентерологічну науку, значно сприяє її розвитку. Юрій Миронович побажав усім працівникам кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії міцного здоров'я, добробуту і злагоди, невичерпної працездатності, нових успіхів у такій важливій справі, як підготовка фахівців.

Професор цієї кафедри Г.А. Анохіна (м. Київ) виступила з доповіддю «Парадокс ожиріння. Нові погляди на проблему». В останні роки увага багатьох фахівців прикута до «парадоксу» ожиріння, піддається сумніву негативна роль надлишкової маси тіла відносно серцево-судинної патології. На даний час найбільш

оптимальним вважається ІМТ 30,1 кг/м². Найбільш частими ускладненнями лікування ожиріння є гіпотонія жовчного міхура (зменшення жиру в раціоні знижує скоротливу функцію жовчного міхура), розвиток ЖКХ (у 40 % хворих). Також зменшення жиру в раціоні призводить до зниження холесекреторної функції печінки, підсилення жирової інфільтрації печінки та розвитку стеатогепатиту (підсиленій ліполіз жирової тканини веде до збільшення надходження жирних кислот в печінку). Розвиток стеатозу, в результаті чого печінка не виконує належним чином свої метаболічні функції, є критерієм того, що звичайне накопичення енергії в жировій тканині перетворюється на патологію. Це потребує призначення спеціальних лікарських засобів, прикладом яких є фосфоліпідів, що являє собою комбінацію есенціальних фосфоліпідів та гліциризинової кислоти, що має протизапальну й антиалергічну дію, антиоксидантну, антифібротичну дію та протівірусну активність.

Доцент І.Я. Лопух (м. Київ) висвітлив проблеми терапії хворих на неспецифічний виразковий коліт. На особливу увагу в терапії запальних захворювань кишечника в наш час заслуговує біологічна терапія. Досвід використання моноклональних антитіл до ФНО- α становить близько 20 років. Синтез препаратів цієї групи відкрив революційні можливості в лікуванні виразкового коліту та хвороби Крона середньотяжкого ступеня, резистентних до глюкокортикостероїдів та тіопуринів. Важливість впровадження в лікувальні схеми анти-ФНО препаратів складно переоцінити. В Україні використання цих препаратів залишається обмеженим через невеликий досвід використання, часткову відсутність на ринку (питання реєстрації лікарських засобів), сумніви щодо безпеки терапії, високу вартість.

Шосте пленарне засідання розпочав доцент О.В. Швець (м. Київ) із доповіддю «Диференціальний діагноз та особливості ведення пацієнтів з первинною і вторинною зовнішньосекреторною недостатністю підшлункової залози». Зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози (ЗНПЗ) являє собою клінічну ситуацію, при якій унаслідок значного зниження кількості функціонуючих ацинусів підшлункової залози порушується здатність підшлункової залози виконувати повноцінні травні функції. Своєчасна диференціація панкреатичної та позапанкреатичної мальабсорбції є обов'язковою умовою призначення адекватної терапії. Рання оптимальна замісна ферментна терапія (ЗФТ) запобігає розвитку порушення нутритивного статусу пацієнта та дефіциту окремих нутрієнтів. ЗФТ у пацієнтів з первинною ЗНПЗ повинна брати до уваги прогресуюче зниження власної функції підшлункової залози, тому доза ферментних препаратів повинна поступово збільшуватись. Не можна допускати відміни та переривання ЗФТ, що може швидко призводити до дефіциту ферментів та тяжких системних ускладнень. При вторинній ЗНПЗ за умови ефективного контролю проявів основного захворювання можливе поступове зниження дози ферментів.

Професор Г.А. Анохіна зупинилась на особливостях лікувальної тактики при коморбідних формах жирової хвороби печінки (ЖХП). Враховуючи центральне місце печінки як органа регулятора вмісту глюкози, ліпідів та інших речовин в крові, на даний час виділяють печінкову інсулінорезистентність. Визначення НОМА-IR має увійти в обов'язкове дослідження хворих на ЖХП. Неалкогольна жирова хвороба печінки визнана експертами Національного інституту здоров'я США одним з головних факторів ризику серцево-судинних захворювань. Лікувальна тактика включає повноцінне щодо білка, вітамінів та мінералів харчування, зменшення вживання вуглеводів, як простих, так і складних, збільшення фізичної активності, адекватний вибір лікувальних середників (у тому числі бетаргіну).

К.м.н. В.І. Діденко (м. Дніпропетровськ) зупинився на ефективності засобів натурального походження в лікуванні фіброгенезу печінки. За даними ВООЗ, 30 % людей у всьому світі страждають від дифузних захворювань печінки. В Україні за останні 10 років захворюваність на хронічний гепатит зросла на 76,6 %; поширеність за цей же період збільшилася в 2,2 рази. У доповіді зроблено акцент на використанні в клінічній практиці артишоку польового — препарату, що дозволяє впливати одночасно на кілька патологічних процесів за рахунок системних ефектів, тобто використовує принцип багаточислової монотерапії.

Професор Г.В. Осьодло підкреслила роль стресового фактора при кислотозалежних захворюваннях. Етіологія стресового пошкодження шлунка мультифакторіальна, основними умовами є дія кислоти та ішемія стінки органу. Тому профілактика та терапія потребують забезпечення адекватної перфузії та захисту слизової оболонки шляхом підвищення рН.

Гепаторенальному синдрому при цирозі печінки (ЦП) була присвячена доповідь д.м.н. Є.С. Сірчак (м. Ужгород). Гепаторенальний синдром (ГРС) — це стан вторинного порушення функції нирок, аж до гострої функціональної ниркової недостатності, у пацієнтів з вираженим порушенням функції печінки при відсутності для цього інших причин. ГРС спостерігається в кожного 5-го пацієнта з декомпенсованим ЦП і є однією з головних несприятливих прогностичних ознак (хворі зазвичай гинуть протягом 2 тижнів). У хворих на цироз печінки спостерігається порушення рівнів вазоактивних речовин (ЕТ-1, ФфВ, Pgf2a, Pgi2) у сироватці крові. Зменшення рівня Pgi2 у сироватці крові є одним із предикторів прогресування ниркової дисфункції при ЦП. Рівень простагліну в сироватці крові у хворих на цироз печінки зменшується пропорційно до формування асцити та гепаторенального синдрому й залежить від вираженості функціональних порушень у печінці. Комплексна терапія у хворих на ЦП з ГРС із використанням препарату L-аргініну-L-глутамату (глутаргін) призводить до позитивної динаміки рівнів вазоактивних речовин у сироватці крові (ЕТ-1,

ФфВ, Pgf2a, Pgi2). Комплексна терапія у хворих на ЦП з ГРС із використанням терліпресину, альбуміну та глутаргіну є більш ефективним методом, ніж екстракорпоральні методи гемокорекції, за результатами оцінки віддалених результатів лікування (виживаність пацієнтів).

Проф. Г.А. Леженко (м. Запоріжжя) подав доповідь «Пробіотична підтримка антихелікобактерної терапії». Досвід практичного застосування ерадикаційної терапії і результати сотень клінічних досліджень однозначно говорять про відсутність гарантованого 100% успіху незалежно від обраної схеми лікування. Можливий шлях підвищення ефективності терапії хелікобактерної інфекції та мінімізації можливих побічних явищ — посилення власних антихелікобактерних захисних механізмів. Призначення ентеролу спільно з антибактеріальною терапією підвищує ефективність ерадикації *H.pylori*. Дія *Saccharomyces boulardii* сприяє зниженню побічних ефектів з боку ШКТ і поліпшенню комплайєнса пацієнта.

Професор Ю.М. Степанов у доповіді «Інноваційні підходи до механізму дії сучасних гастроентерологічних препаратів» висвітлив питання рефрактерності до терапії інгібіторами протонної помпи при кислотозалежних захворюваннях травного тракту. Можливими шляхами вирішення цього питання є збільшення прихильності пацієнта до терапії, збільшення дози препарату, використання ІПП з іншим типом метаболізму, ІПП з прискореним вивільненням (езолонг). Розглядалися питання нових технологій у пробіотичній терапії з використанням спороутворюючих бацил, що мають пряму антимікробну дію на один чи декілька штамів *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens*, *Listeria monocytogenes* и *Staphylococcus aureus* (ентерожерміна), питання селективної кишкової антибіотикотерапії (альфанормікс) та селективної спазмолітичної терапії (меверин).

К.м.н. О.В. Сімонова (м. Дніпропетровськ) виступила з доповіддю «Ендоскопічні особливості слизової оболонки шлунково-кишкового тракту при портальній гіпертензії». У доповіді описані характерні ендоскопічні зміни при портальній гіпертензії: варикозне розширення вен стравоходу й шлунка, портальна гастропатія, GAVE-синдром, васкулопатія нижніх відділів кишечника, гострі або хронічні виразки шлунка або дванадцятипалої кишки. У даний час гастропатія, асоційована з портальною гіпертензією (ПГГ), розглядається як унікальна патологія, відмінна від інших форм гастриту, при якій макроскопічні зміни слизової оболонки шлунка поєднуються з розширенням судин без яких-небудь значних гістологічних ознак запалення. ПГГ часто, але далеко не завжди поєднується з варикозно розширеними венами стравоходу або шлунка. GAVE-синдром (gastric antral venous ectasia) являє собою ектазію вен в антральному відділі, яка спостерігається при портальній гіпертензії (синонім — «слизо-

ва за типом кавунової кірки»). Такі зміни призводять до повторних невеликих кровотеч і хронічної анемії. Усім пацієнтам з уперше діагностованим цирозом печінки необхідно виконувати ендоскопічне дослідження з метою виявлення варикозів. На сьогодні для первинної профілактики варикозної кровотечі препаратами першої лінії залишаються β -блокатори. В даний час обговорюється можливість комбінації неселективних β -блокаторів та ендоскопічного лігування. При середніх або великих розмірах варикозів у пацієнтів, які мають протипоказання або толерантність до β -блокаторів, рекомендується ендоскопічне лігування варикозів. Прогноз для життя пацієнта, у якого виявлені ознаки ПГГ, GAVE-синдрому, визначається ступенем компенсації цирозу печінки, а при розвитку кровотечі — ступенем крововтрати, розвитком печінкової енцефалопатії.

М.н.с. відділу патоморфології ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» Н.Ю. Ошмянська (м. Дніпропетровськ) виступила з доповіддю «Екзокринна та ендокринна частина підшлункової залози в динаміці розвитку хронічного панкреатиту», що присвячена морфологічним змінам підшлункової залози щурів на тлі експериментального хронічного панкреатиту з використанням даних комп'ютерної морфометрії.

На сателітному симпозіумі «Досягнення молодих вчених в практичній та експериментальній гастроентерології» в рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «VIII Український гастроентерологічний тиждень» молоді науковці Інституту гастроентерології (м. Дніпропетровськ) доповіли результати власних досліджень.



Так, науковий співробітник В.А. Макаруч виступила з доповіддю «Розподіл нейроспецифічних білків центральної та периферичної нервової системи при експериментальному хронічному панкреатиті». Було показано, що за умови тривалої оклюзії панкреатичної протоки в крові визначається інтенсифікація пероксидного окиснення ліпідів, збільшення рівня ендогенної інтоксикації та висока активність панкреатичних ферментів, що призводить до збільшення проникності гематоенцефалічного бар'єра.

Доповідач припускає, що даний комплекс змін у крові спочатку може бути індуктором перерозподілу нейроспецифічних білків як адаптація мозку при інтоксикації, а при прогресуванні панкреатиту вже може призводити до розвитку панкреатичної енцефалопатії.

Науковий співробітник О.П. Галенко зробила доповідь на тему «Особливості реагування імуноглобуліну G з білковими фракціями при хронічному панкреатиті», у якій подала власні наукові результати. Доповідач підтвердила наявність IgG4-експресуючих клітин у тканині підшлункової залози при автоімунних захворюваннях, а при імунохімічному аналізі встановила більш виражену специфічну реакцію IgG з білками ядерної фракції порівняно з групою контролю. О.П. Галенко показала, що IgG4 є однією з ключових ланок розвитку автоімунного панкреатиту.

Доповідь к.б.н. С.О. Бабій на тему «Метаболічні порушення печінки при формуванні стеатозу в дітей з біліарними розладами» була присвячена дослідженню змін показників ліпідного спектра сироватки крові і якісного складу жовчних кислот в жовчі у дітей із неалкогольним ожирінням печінки на тлі розвитку дисфункції жовчного міхура. Було показано залежність між ступенем жирової дистрофії печінки та вмістом ліпідів сироватки крові, а також зміни у співвідношенні жовчних кислот в жовчі, що може свідчити про порушення синтезу або їх реабсорбції в жовчному міхурі.



Доповідь молодшого наукового співробітника І.С. Коненко (м. Дніпропетровськ) «Еластографія печінки та селезінки у пацієнтів з ХДЗП: власні дані» була присвячена вивченню структурних змін паренхіми печінки та селезінки на початкових етапах розвитку стеатозу та фіброзу. Було доведено, що при прогресуванні фібротичних змін у печінці жорсткість паренхіми селезінки зростає.

Молодший науковий співробітник О.Ю. Лук'яненко виступила з доповіддю «Фактори ризику розвитку стеатозу печінки у дітей з функціональними біліарними та інтестинальними розладами».



Виявлено, що вірогідність формування стеатогепатозу переважає в групі дітей віком від 11 років та старше. Встановлено, що у дітей стеатоз печінки асоціюється з ожирінням, окружністю талії > 95-го центиля. Про суттєвий ризик розвитку стеатозу печінки свідчить наявність захворювань ендокринної системи, зокрема гіпоталамічні розлади. З'ясована асоціація стеатозу печінки з астеновегетативним синдромом. Виявлені дані дозволять виділити групу підвищеного ризику формування стеатозу печінки для подальшого обстеження та отримання адекватної терапії.

Молодший науковий співробітник А.О. Марчук зробила доповідь на тему «Особливості прояву міоелектричної активності шлунка та дванадцятипалої кишки в умовах напруження парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи». Дослідження дозволило виявити характерні зміни біоелектричної активності шлунка та дванадцятипалої кишки у щурів в умовах моделювання підвищеного тону парасимпатичного відділу нервової системи.

Аспірант О.В. Зеленик зробив доповідь на тему «Комбінована балонна сфінктеропластика: перспективи та наш досвід», присвячену впровадженню в клінічну практику ендоскопічних міні-інвазивних сфінктерозберігаючих технологій у панкреатогепатобілярній хірургії та навів результати балонної сфінктеропластики за розробленою методикою у відділі хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України».

Темою доповіді наукового співробітника О.О. Галінського було «Встановлення особливостей періодичної діяльності шлунка та дванадцятипалої кишки при патологіях верхніх відділів шлунково-кишкового тракту». У ній молодий вчений торкнувся питань, пов'язаних з дослідженням функціонально-морфо-

логічного стану шлунка та дванадцятипалої кишки при моделюванні поєднаної патології печінки та підшлункової залози шляхом створення дисбалансу оксиду азоту. Результати виконаного ним експериментального дослідження з використанням методик прямої гастро- та дуоденоелектроміографії й функціональних тестів будуть корисними в розширенні уявлень щодо стану періодичної діяльності гастродуоденальної зони, оптимізації її діагностики та лікування патологій верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Доповідь молодшого наукового співробітника К.В. Петрової «Розробка критеріїв оцінки структурно-функціонального стану клітинних мембран при хронічних дифузних захворюваннях печінки» була присвячена вивченню фосфоліпідного спектра мембран еритроцитів та гепатоцитів з подальшим розрахунком коефіцієнтів співвідношення фосфоліпідних фракцій. Був виявлений різний механізм порушення співвідношення між мембранодеструктивними і мембраностабілізуючими фракціями фосфоліпідів у бік зниження останніх та значного підвищення вмісту лізофосфатидилхоліну — найбільш цитотоксичної фракції. Встановлений дисбаланс у фосфоліпідному спектрі гомогенату печінки експериментальних щурів показав, що існує різний механізм порушень залежно від впливу екзогенних факторів.

Молодший науковий співробітник Г.Ю. Аржанова виступала з доповіддю, що була присвячена каріометричному дослідженню гепатоцитів у хворих на ХВГС. Були показані морфологічні зміни форми ядер гепатоцитів залежно від розвитку портальної гіпертензії й фіброзу печінки у таких пацієнтів.

У рамках конференції була проведена нарада з обласними гастроентерологами, присвячена проблемою організації спеціалізованої гастроентерологічної служби та перспективам її розвитку, а також постерна сесія, на якій були представлені стендові доповіді науковців міст Дніпропетровська, Харкова, Одеси, Миколаєва.

Завершив конференцію її науковий керівник професор Юрій Миронович Степанов, який вручив грамоти переможцям.

У конкурсі на кращу усну доповідь серед молодих вчених I місце присуджено В.А. Макаручу, II місце — О.О. Галінському та О.Ю. Лук'яненко, III місце — О.В. Зеленику та Г.Ю. Аржановій.

У конкурсі стендових доповідей були нагороджені: за I місце — О.О. Галінський, О.О. Загребта та А.І. Руденко, II місце — А.В. Журавльова та III місце — О.М. Татарчук.

Подяками було нагороджено переможців конкурсу публікацій молодих вчених у збірнику «Гастроентерологія»: I місце — О.В. Огнева, II місце — О.О. Ксенчин та III місце — Ю.С. Бреславець.

Огляд підготували к.м.н. І.Ю. Скірда, м.н.с. О.Ю. Лук'яненко та к.б.н. В.А. Макаруч ■