

Отчет об участии в 9-м международном конгрессе по изучению болезни Крона и язвенного колита (ЕССО) (20-22 февраля, 2014) в Копенгагене (Дания)

Князев О. В.

Report on the participation in the 9th International Congress of the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) (20-22 February 2014) in Copenhagen (Denmark)

Knyazev O.V.

С 20 по 22 февраля 2014 года в Копенгагене проходил очередной 9-й конгресс ЕССО, посвященный достижениям и нерешенным проблемам в лечении воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

С каждым годом число участников неуклонно растет, в этом году в работе конференции принимали участие рекордное количество делегатов за всю его историю — более 5500 — из Франции, Венгрии, Бельгии, Южной Кореи, Японии, Китая, США, России, Украины, Канады, Литвы, Бразилии, Новой Зеландии, Австралии и других стран.

В научной программе с докладами выступили международные эксперты по воспалительным заболеваниям кишечника, проведены традиционные образовательные школы в рамках конгресса. Новой формой участия, помимо традиционных устных докладов и постерной сессии, в этом году были пятиминутные устные презентации лучших тезисов. Из 1059 представленных на конгресс тезисов, после тщательного отбора, 24 были приняты для устных докладов и 676 для постерных презентаций.

Более тридцати делегатов из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Нижнего Новгорода, Ставрополя, Иркутска и других городов представляли Российскую Федерацию с десятью постерными докладами, освещающие вопросы эпидемиологии, патогенеза ВЗК, мониторинга эффективности биологической терапии язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК).

Одно из первых заседаний было посвящено патогенезу ВЗК и выявлению потенциальных мишеней для лечения больных ЯК и БК, роли микробиоты кишечника в развитии иммунного воспаления. С докладами выступили ведущие специалисты из Бельгии, Франции, Великобритании, традиционно считающиеся пионерами в фундаментальных исследованиях патогенеза ВЗК.

Революция в лечении ВЗК, совершенная генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), требует в настоящее время формулировки новой концепции «лечение до цели» («*treat-to-target*»), включающую контроль за клиническими симптомами, эндоскопическую, иммунологическую и гистологическую ремиссию, а также улучшение качества жизни больных ЯК и БК. Данную концепцию сформулировал один из авторитетнейших ученых J F Colombel. Изменения парадигмы понятия ремиссии ВЗК («*remission beyond symptom*») требует, в свою очередь, совершенствование критериев оценки эффективности проводимой терапии.

«Золотым стандартом» ремиссии при ВЗК в настоящее время считаются клиническая ремиссия (контроль симптомов) и эндоскопическая ремиссия (заживление слизистой). Однако по предложению

ведущих специалистов должно определяться как состояние, при котором вероятность дальнейшего прогрессирования заболевания мала или отсутствует, что, вероятно, подразумевает отсутствие биологических и гистологических признаков воспаления. Для БК, учитывая трансмуральный характер заболевания, дискутируется вопрос о необходимости включения в критерии ремиссии БК альтернативные методы оценки трансмурального заживления слизистой — магнитно-резонансную энтерографию, КТ-энтерографию и трансабдоминальное ультразвуковое исследование. Другим методом оценки заживления слизистой при БК тонкой кишки предложена видеокапсульная эндоскопия. Однако необходимо проведение дополнительных исследований для получения более убедительных результатов чувствительности и специфичности данного метода оценки ремиссии.

С учетом последних достижений в лечении и диагностики БК, в настоящее время существует потребность включения новых критериев для оценки «ремиссия ВЗК». На сегодняшний день, очевидно, что воспалительный процесс в кишечнике может протекать без явных клинических симптомов. Существующие понятия «клиническая ремиссия», «эндоскопическая ремиссия», характеризующаяся заживлением слизистой оболочки, дополнены понятием «биологической ремиссии». Биологическая ремиссия БК подразумевает регулярный контроль симптомов заболевания, заживление слизистой оболочки кишки, подтвержденное, в том числе и радиологическими методами, а также нормализацию сывороточных и фекальных биомаркеров активного воспаления.

Вопрос, активно обсуждаемый в гастроэнтерологическом сообществе — что можно считать истинной ремиссией и какие биологические маркеры могут быть потенциально использованы для оценки наступления ремиссии? Среди этих маркеров лучше всего изучены с-реактивный белок сыворотки (СРБ) и фекальный кальпротектин (ФКП). Анализ результатов многочисленных клинических исследований показал, что концентрация СРБ <5 мг/мл может свидетельствовать о заживлении слизистой с чувствительностью >70 %, но с низкой специфичностью <40 %. Концентрация ФКП <250 мкг/г свидетельствует о заживлении слизистой с большей достоверностью, чем СРБ, особенно в случае толстокишечной локализации БК, так чувствительность этого показателя >80 %, хотя специфичность также невелика и составляет около 50 %. Однако при одновременном применении сразу двух маркеров возможно повысить специфичность до уровня >70 %.

Корреспондент:

Князев Олег Владимирович
Московский клинический
научно-практический центр
Департамента здравоохранения г. Москвы.

E-mail: oleg7@bk.ru

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014;102 (2):39-40

Moscow Clinical Research Center

Eksperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014;102 (2):39-40

В настоящее время проводятся исследования новых возможных биомаркеров (лактоферрина), которые могут оказаться более информативными маркерами для оценки ремиссии ЯК и БК. Кроме того, использование биомаркеров может предоставить более глубокую, носящую прогностическую ценность информацию о ремиссии, а не только свидетельствовать о заживлении слизистой.

На конгрессе были представлены результаты клинических испытаний новых селективных иммуносупрессоров — ведолизумаба, голимумаба, этролизумаба, тралокинумаба, продемонстрировавших достоверную эффективность в лечении больных ВЗК, но требующие дальнейших исследований по профилю безопасности и долгосрочной эффективности.

Рассматриваемые вопросы оптимизации лечения больных ВЗК неразрывно связаны с персонализацией биологической терапии. Данный вид терапии, для повышения ее эффективности, требует учета пола, наличия вредных привычек, продолжительность заболевания, нутритивный статус больного, исходный цитокиновый профиль и других возможных предикторов эффективности терапии.

Предложены оптимальные конечные точки биологической терапии ЯК и БК — 2 и 4 года, соответственно, после достижения полной клинико-эндоскопической ремиссии. Помимо традиционных

показаний для назначения биологической терапии (среднетяжелое и тяжелое течение заболевания, стероидозависимость и стероидорезистентность, наличие внекишечных проявлений, стриктурирующий и пенетрирующий тип БК, наличие периранальных поражений при БК и пр.), целесообразна ранняя терапия биологическими препаратами вскоре после установления диагноза ВЗК, особенно у лиц молодого возраста, при протяженности поражения кишки более 100 см при БК, а также высоком риске развития рецидива послеоперационной БК. Были предложены новые дополнения к рекомендациям по лечению ЯК и БК.

Впервые были представлен биосимиляр инфликсимаба «Ремсима», который прошел клинические испытания при ревматоидном артрите и анкилозирующем спондилоартрите. Однако не было исследований по его эффективности и безопасности у больных ВЗК. В связи с этим было предложено провести клинические испытания у больных ЯК и БК, прежде чем рекомендовать биосимиляр инфликсимаба к применению в странах Европы.

В рамках конгресса обсуждалось множество частных вопросов эпидемиологии, диагностики, лечения, профилактики ВЗК, которые невозможно осветить в данном обзоре. На веб-сайте <https://www.ecco-ibd.eu> вы получите наиболее полную информацию обо всех достижениях в диагностике и терапии ВЗК.