



ГРАВИРОВСКАЯ Н.Г., СТЕПАНОВА Ю.Ю.  
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

**I НАУЧНАЯ СЕССИЯ ИНСТИТУТА  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ  
«СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ  
И ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ»**



20–21 июня в Днепропетровске под эгидой Национальной академии медицинских наук Украины и Министерства здравоохранения Украины состоялась I научная сессия Института гастроэнтерологии НАМН Украины «Современные технологии в диагностике и лечении гастроэнтерологических больных».

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

Научным руководителем форума выступил директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН», главный специалист НАМН Украины по гастроэнтерологии и диетологии, вице-президент Украинской гастроэнтерологической ассоциации д.м.н., профессор Юрий Миронович Степанов.

В работе сессии приняли участие более 600 специалистов: ведущие ученые, главные внештатные специалисты по гастроэнтерологии, врачи-гастроэнтерологи, хирурги, врачи общей практики (семейные врачи, терапевты, педиатры) и др. Генеральным спонсором конференции выступила известная фармацевтическая фирма «Берлин-Хеми».

На торжественном открытии были заслушаны приветствия от Приднепровского регионального центра НАМН Украины (академик Дзяк Георгий Викторович), от Национальной академии медицинских наук Украины (чл.-корр. НАМН Харченко Наталья Вячеславовна) и от Украинской гастроэнтерологической ассоциации (ее вице-президент Бабак Олег Яковлевич).



**Академик Г.В. Дзяк**



**Чл.-корр. НАМН Н.В. Харченко**



**Профессор Ю.М. Степанов**



**Доклад молодых ученых**

В рамках данного мероприятия были проведены 4 пленарных и 2 секционных заседания, где рассматривались наиболее важные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения патологии органов пищеварения, кроме того, были представлены стендовые доклады. Сообщения были посвящены современной болезни века — стеатозу печени и фиброгенезу при заболеваниях органов пищеварения, рассматривались вопросы кислотозависимых заболеваний, кислотосупрессивной терапии, диагностики и лечения патологии поджелудочной железы (ПЖ) и кишечника. Отдельное секционное заседание было посвящено проблемам детской гастроэнтерологии. Следует отметить, что все большее количество сообщений базируется на принципах доказательной медицины.

Институт представил 15 докладов молодых ученых, в которых был достойно освещен весь спектр современных исследований в гастроэнтерологии.

Директор института профессор Ю.М. Степанов открыл первое заседание докладом «Институт гастроэнтерологии — научные позиции и перспективы». Профессор изложил статистические данные о росте распространенности болезней пищеварительной системы, которые за последние 5 лет занимают третье место в общей структуре хронической заболеваемости населения Украины. Были представлены приоритетные направления научной деятельности института:

- изучение механизмов прогрессирования воспалительных и фиброзных процессов при хронических диффузных заболеваниях;

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

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

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



**Профессор О.Я. Бабак**

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

В настоящее время взято направление на реорганизацию и переоборудование института. За последний год, несмотря на значительные финансовые трудности, приобретено новое оборудование, в т.ч. самый современный сканер для проведения эластометрии, 15 единиц компьютерной техники, начато создание сети, которая объединит все подразделения института и позволит внедрить полный электронный документооборот. В 2013 году открыто детское гастроэнтерологическое отделение. На 2013–2014 годы запланировано дальнейшее переоснащение института современным оборудованием — это рентгенологическая, эндоскопическая и ультразвуковая аппаратура.

С применением последних научных достижений в сотрудничестве с институтами Национальной академии наук Украины планируется в течение 3–5 лет приблизиться к мировому уровню диагностики и лечения больных гастроэнтерологического профиля, создать Всеукраинский центр мониторинга стеатоза и фиброза при диффузных заболеваниях печени, открыть научный отдел детской гастроэнтерологии.

Чл.-корр. НАМН профессор Н.В. Харченко выступила с докладом «Адеметионин в лечении внутрипеченочного холестаза: результаты проспективного постмаркетингового обсервационного исследования 447 пациентов в 27 центрах, выполненного на современном уровне». В результате проведенного исследования установлено, что схема терапии с применением гептрала (как в комбинации с урсодезоксихолевой кислотой (УДХК), так и в монотерапии) продемонстрировала хорошую эффективность в лечении больных с внепеченочным холестазом. У 95 % пациентов наблюдались выраженное снижение интенсивности симптомов холестаза, нормализация биохимических показателей, таких как ОБ, КБ, АЛТ, АСТ, ЩФ и ГГТ. В исследовании была доказана хорошая переносимость препарата.

Профессор Ю.М. Степанов осветил причины возникновения, клинические особенности, воз-



Профессор Н.Б. Губергриц

возможности диагностики и лечения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), при которой в печени происходит накопление жира, преимущественно триглицеридов (ТГ) и липопротеидов очень низкой плотности, и, в меньшей степени, холестерина и липопротеидов низкой плотности. Изучение ассоциации между НАЖБП и атеросклерозом указывает на то, что схожие воспалительные медиаторы продуцируют поражение как печени, так и сосудов. При морфологическом наблюдении 221 пациента с неалкогольным стеатогепатитом в течение 5,3 года у 37 % больных наблюдался прогрессирующий фиброз печени, т.е. патологический процесс, который характеризовался разрастанием коллагеновой волокнистой ткани печени без перестройки ее структуры. Независимыми предикторами развития фиброза печени признаны: возраст пациента и воспаление печени, выявленное при начальной биопсии. Для диагностики степени фиброза применяются как инвазивные (биопсия печени), так и неинвазивные методы — определение биохимических маркеров, эластометрия, положенная в основу работы аппарата FibroScan, приобретенного институтом и дающего широкие возможности как для клинических, так и для научных исследований. Кроме того, в институте разработана неинвазивная методика определения стадии фиброза, обеспечивающая наиболее полное выявление резервных возможностей организма. Способ прост в использовании, не нуждается в дефицитных реактивах и дорогостоящих программных алгоритмах и заключается в пересчете концентрации ламинина в условные единицы по отношению к контролю. Коэффициент ламинина (КЛН) от 1,5 до 2 свидетельствует о начальной стадии фиброза, а КЛН > 2 — о циррозе. Более точным является соотношение КЛН/КММП-1 (коэффициент матриксной металлопротеиназы 1). Так, было доказано, что КЛН/КММП-1 от 1 до 2 соответствует начальной стадии фиброза (F0-F1), от 2,5 и выше — циррозу печени (F4 по шкале гистологического индекса METAVIR) (лаб. иммунологии института, зав. В.Е. Кудрявцева).

Основные принципы лечения НАЖБП: коррекция метаболизма триглицеридов (фибраты, про-



К.м.н. Г.В. Оседло

изводные никотиновой кислоты, омега-ненасыщенные жирные кислоты); коррекция метаболизма холестерина (статины); уменьшение всасывания холестерина (эзетимиб, холестирамин); коррекция состава желчи и метаболизма желчных кислот (урсодезоксихолевая кислота).

Этой же серьезной проблеме — сочетания НАЖБП и сердечно-сосудистой патологии — был посвящен доклад профессора О.Я. Бабака, в котором были освещены показатели распространенности ожирения и НАЖБП среди населения земного шара, жировая болезнь печени рассматривается в качестве нового предиктора сердечно-сосудистых событий и обосновывается взаимосвязь этих видов патологии в виде патогенетической цепи «стеатоз — дислипидемия — атеросклероз». Представлены результаты НИР, подтверждающие эффективность и относительную безопасность длительной терапии статинами в сочетании с эссенциальными фосфолипидами или адеметионином.

Чл.-корр. НАМН профессор Н.В. Харченко также посвятила свое сообщение теме неалкогольного стеатогепатита при сочетании его с гипертонической болезнью. Изучена динамика индекса массы тела и показателей активности печеночных ферментов, адениловой системы и лактат-дегидрогеназы, структурно-функциональных особенностей эритроцитов, состояния паренхимы печени и сосудистого русла по данным лабораторных исследований и УЗИ в режиме 2D-визуализации, цветного дуплексного картирования. Установлено, что комплексное лечение, включающее индивидуальную диету, препараты метаболического действия, физическую нагрузку, способствует восстановлению функционального состояния эритроцитов и других изученных показателей.

Профессор Н.Б. Губергриц представила результаты исследования, посвященного определению эффективности препарата сириин в лечении неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) в сочетании с хроническим бескаменным холециститом. Активным ингредиентом препарата является смесь биофлавоноидов, называемая силимарин. Включение сирина в комплексное лечение НАСГ в сочетании с хрониче-



**Профессор И.Н. Скрипник**



**Профессор Н.Г. Вирстюк**



**Доцент С.В. Косинская**

ческим холециститом способствует: уменьшению выраженности клинических проявлений, снижению биохимических маркеров цитолиза и холестаза, коррекции липидного спектра крови, уменьшению стеатоза печени, эффективному лечению холецистита, коррекции дисфункции желчного пузыря, улучшению качества жизни больных.

На лечении неалкогольной болезни печени остановилась в своем докладе и Г.В. Оседло (Военно-медицинская академия), которая показала эффективность применения эссенциальных фосфолипидов (ЭФЛ) в длительной терапии. Основные клинические выводы этих исследований: ЭФЛ увеличивают вероятность ответа на  $\alpha$ -ИФН (интерфероны) при лечении ХГС (хронического гепатита С), снижают частоту рецидивов после окончания терапии  $\alpha$ -ИФН. Длительное применение ЭФЛ хорошо переносится больными.

Профессор И.Н. Скрипник, профессор Н.Г. Вирстюк, доцент С.В. Косинская охарактеризовали поражения печени, вызванные приемом медикаментов, которые встречаются достаточно часто — до 17 % от общего числа заболеваний печени. Известно более 1000 препаратов с зарегистрированным гепатотоксическим действием — это парацетамол, антибиотики, психотропные средства, контрацептивы, стероиды. Лекарственные препараты вызывают разнообразные по морфологическому спектру и клинической картине поражения печени — от фокальных некрозов и стеатоза до цирротических изменений и гепатоцеллюлярной карциномы. Механизм развития этого поражения — прямое цитотоксическое действие медикаментов на клетки печени, а также токсическое действие метаболитов на ткань печени.

Ряд докладов был посвящен принципам диагностики и лечения воспалительных заболеваний печени, в т.ч. доклад доцента В.В. Чернявского, вирусным поражениям печени — сообщение профессора И.А. Зайцева и доклад профессора Ю.М. Степанова. Лечение хронического гепатита С — одна из самых обсуждаемых тем в гастроэнтерологии и гепатологии, что связано в первую очередь с высоким удельным весом ХГС в структуре хронических заболеваний печени как в нашей стране, так и за рубежом. С другой стороны, эта проблема постоянно на слуху, так как имеются значительные успехи и достижения в лечении данного заболевания. Основные вопросы для исследователей — кого лечить, чем лечить и как долго лечить? Рассмотрены новые подходы к этапному лечению вирусного гепатита С, в том числе сочетанием препаратов. Виктрелис ковалентно, но при этом обратимо связывается с активным сайтом NS3 ВГС, прерывая расщепление и ингибируя процесс репликации вируса, и совместно с пег/риба представляет собой взаимодополняющую терапию. Эффективность и безопасность такой терапии были продемонстрированы в 2 клинических исследованиях III фазы, при этом значительно повышалась частота устойчивого вирусологического ответа и снижалась частота рецидивов как у нативных, так и ранее леченных

пациентов. В докладе был представлен альфапег — первый оригинальный отечественный модифицированный препарат пегилированного ИФН  $\alpha$ -2b. Установлено, что эффективность лечения, кроме всего прочего, зависит от своевременности начала терапии и от исходной степени фиброза паренхимы печени.

— Лечение подлежат все не получавшие его пациенты с компенсированным заболеванием печени вследствие HCV.

— Лечение следует начинать **немедленно** при тяжелом фиброзе (F3-F4 по шкале METAVIR).

— Настоятельно рекомендуется назначение лечения у пациентов с умеренным фиброзом (F2 по шкале METAVIR).

— При F0-F1: показания к терапии индивидуальные.

Виктрелис (боцепревир) должен применяться в комбинации с пег/риба после 4-недельной вводной терапии пег/риба.

Д.м.н. Л.Н. Мосийчук представила результаты завершенной НИР. Освещены вопросы этиологии и патогенеза предраковых состояний, их клинические и морфологические формы, динамика выявляемости за последние 10 лет, а также распределение по степени риска. Кроме того, представлена разработанная стратегия канцеропревенции, которая заключается в коррекции питания и образа жизни пациента, терапевтических мероприятиях (симптоматическое лечение, применение антихеликобактерной терапии, а также антипромоторов, т.е. соединений, блокирующих прогрессирование канцерогенеза) и/или хирургическом лечении, т.е. эндоскопической мукозэктомии.

На сессии широко освещались аспекты коррекции кислотообразующей функции желудка, лечения воспалительных заболеваний кишечника, проблемы панкреатологии.

По результатам проведенных исследований в докладе профессора Ю.М. Степанова «Кислотозависимые заболевания: гастроцитопротекторная терапия» показан механизм развития воспалительного заболевания при применении НПВП: ослабление гастропротекции вследствие снижения продукции простагландинов, что влечет за собой: снижение секреции слизи, бикарбонатов и ослабление кровотока в слизистой желудка. Предложенное лечение НПВП-индуцированных воспалительных заболеваний — это сочетание ИПП, подавляющих факторы агрессии, и цитопротекторов, стимулирующих защитные факторы слизистой желудка.

Профессор Ю.И. Решетиллов в своем сообщении проанализировал эффективность инвазивных и неинвазивных технологий диагностики кислотообразующей и кислотонейтрализующей функции желудка и представил собственные данные по разработке аэрионного паспорта больного, в соответствии с которым производится расчет дозы и кратности приема ИПП.

Профессор Г.Д. Фадеенко в докладе «ИПП: риск побочных эффектов, возможные пути их профилактики» рассмотрела важнейшую проблему современ-



*Доцент В.В. Чернявский*



*Профессор И.А. Зайцев*



*Д.м.н. Л.Н. Мосийчук*

ной лекарственной терапии, а именно — побочные эффекты и взаимодействие препаратов. Известно, что при сочетанной патологии, характерной для настоящего времени, назначается большое количество медикаментов, зачастую без учета их взаимного влияния. В исследовании установлено, что пантопразол, обеспечивающий стабильный контроль кислотности, имеет наименьший профиль межлекарственных взаимодействий, разрешен к применению у больных, принимающих клопидогрель, и как самый рН-селективный и безопасный препарат оптимален для длительного применения в качестве поддерживающей терапии у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Проблема ГЭРБ, особенно рефрактерных форм, так трудно поддающихся лечению, поднималась в докладах профессора Ю.М. Степанова, доцента В.В. Чернявского, к.м.н. Г.В. Оседло. Освещены особенности диагностики и терапии, в частности определение анатомических особенностей при эндоскопии, признаки измененной слизистой при сопутствующем эзофагите. Диагностический алгоритм заключается в следующем:

- эндоскопия верхних отделов ЖКТ;
- биопсия пищевода;
- амбулаторная 24-часовая импеданс-рН-метрия;
- определение желчного рефлюкса в пищеводе.

Терапией выбора для ликвидации симптомов болезни и заживления эрозивного эзофагита является 8-недельный курс лечения ИПП. Значительных различий в эффективности разных ИПП нет (сильная рекомендация, высокий уровень доказательности). Традиционно ИПП для максимального контроля рН должен быть принят за 30–60 мин до еды (сильная рекомендация, средний уровень доказательности). Новые препараты группы ИПП имеют более гибкую привязку к приему пищи (условная рекомендация, средний уровень доказательности). Следует отметить, что эффект правильно выбранной сбалансированной терапии выше, чем хи-

рургического лечения. Терапия ИПП рекомендована для лечения внепищеводных проявлений ГЭРБ пациентам, которые имеют также типичные симптомы болезни (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности). Хирургические методики, как правило, не должны применяться у пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ при отсутствии ответа на ИПП (сильная рекомендация, средний уровень доказательности) по данным AGA-ACG 2013 (Американские практические рекомендации 2013 года).

Д.м.н. Ю.А. Гайдар осветил современные представления об IgG4-ассоциированных склерозирующих заболеваниях. В разряд таких заболеваний были отнесены: склерозирующий сиалоаденит, легочная плазмноклеточная гранулема и другие легочные заболевания, мастит, гепатит, тубулоинтестициальный нефрит, простатит, воспалительная аневризма аорты, лимфаденопатии и дерматит. Каждое из этих заболеваний может сочетаться с поражением одного или нескольких органов. Диагностика базируется на серологических, гистологических и иммуногистохимических исследованиях, причем ключевое диагностическое значение имеет определение в пораженном органе доли IgG4-положительных плазматических клеток среди всех IgG-положительных плазматических клеток. При IgG4-ассоциированных склерозирующих заболеваниях она равна  $\geq 40\%$ .

Ряд докладов был посвящен патологии поджелудочной железы, распространенность которой с каждым годом растет не только в нашей стране, но и во всем мире. Профессор С.М. Ткач представил доклад «Эффективность и безопасность ферментных препаратов с точки зрения доказательной медицины». У 30 % больных с легким течением хронического панкреатита и у 85 % — с тяжелым течением развивается первичная внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы (ВНПЖ), что является абсолютным показанием для применения ферментных препаратов. Кроме того, имеются и относительные



**Профессор Ю.И. Решетилев**



**Профессор Г.Д. Фадеенко**

показания: патология желудка, болевой синдром у детей, ожирение и др. Хотя ферментотерапия в клинической практике применяется очень широко, данных доказательной медицины в отношении ее эффективности не так уж и много. Систематический анализ эффективности и безопасности добавления панкреатических ферментов у пациентов с ВПЖ на сегодняшний день включает 12 перекрестных рандомизированных клинических испытаний (РКИ). Однако ни одно из этих исследований не предоставляет данных относительно стабильности ферментных препаратов через 12 месяцев, биодоступности или стабильного количества ферментных добавок на капсулу в разных партиях, которые в настоящее время рекомендует FDA. В исследовании Delhaeye и соавт. сравнивались две различные системы доставки — панкреатин HL (3 капсулы в день) и креон (9 капсул в день) с употреблением омепразола или без него. В этом 4-стадийном перекрестном исследовании при участии 35 пациентов фекальная экскреция жира и фекальная экскреция протеина были сходными при использовании всех ФП. Добавление омепразола к ФП ассоциировалось со значительным снижением в показателях фекального содержания жира, что предполагает улучшение пищеварительного процесса, но снижение эффективности переваривания белка». Авторы пришли к заключению, что добавление омепразола не имеет клинически значимого воздействия на абсорбцию жиров и белков, однако его использование является простой потенциальной терапевтической опцией для дополнительного лечения мальабсорбции жиров, что подтверждено исследованием Delhaeye и соавт.

Сотрудниками Института гастроэнтерологии НАМН Украины и кафедры гастроэнтерологии ФПО ГУ ДМА под руководством профессора Ю.М. Степанова проведено проспективное постмаркетинговое исследование по оценке эффективности лечения хронического панкреатита при использовании селективного спазмолитика мебеверина и неселективного дротаверина.

на. Дротаверин и мебеверин относятся к миотропным спазмолитикам прямого действия. Известно, что эффекты дротаверина заключаются в ингибировании фосфодиэстеразы, действии в качестве антагониста кальция и блокатора натриевых каналов. Кишечная селективность является особенностью фармакокинетики мебеверина. Целью исследования явилось сравнение эффективности лечения хронического панкреатита с использованием селективного спазмолитика мебеверина и неселективного дротаверина. Исследования показали, что при патологии, сопровождающейся спастическим гладкомышечным компонентом, включая хронический панкреатит, мебеверин снижает интенсивность боли в среднем на 1,5–2 балла. Оценка качества жизни в основной и контрольной группах свидетельствует об улучшении показателей в обеих группах, более выраженном в группе мебеверина. Так, в процессе лечения улучшились физическое, социальное и ролевое функционирование, общее состояние здоровья, жизненная активность.

Роль цитокинового звена в развитии хронического панкреатита и рака поджелудочной железы при неалкогольной жировой болезни поджелудочной железы осветила в своем сообщении профессор Т.Н. Христюк. При стеатопанкреатите жировая дистрофия и/или липоидоз сочетаются с атрофией и фиброзом паренхимы ПЖ. Замещение ПЖ жировой тканью необратимо, а жировая инфильтрация (например, жировая инфильтрация адипоцитами при ожирении) обратима при снижении массы тела и соответствующем лечении троглитазоном. Стеатоз поджелудочной железы считался безобидным состоянием, часто сопутствующим ряду других заболеваний (вирусным инфекциям, врожденным состояниям и заболеваниям, сахарному диабету, пожилому возрасту). В настоящее время известна его роль в патогенезе острого панкреатита, развитии внешнесекреторной недостаточности ПЖ, а также в развитии рака ПЖ. Хроническая малоинтенсивная генерализация



*Д.м.н. Ю.А. Гайдар*



*Профессор С.М. Ткач*

зованная воспалительная реакция является ведущим механизмом в развитии хронического панкреатита, неалкогольной жировой болезни поджелудочной железы, ожирения, сахарного диабета и рака ПЖ, являющегося итогом неверного иммунного ответа, влияющего на изменение дифференцировки клеток поджелудочной железы.

Патология кишечника рассматривалась в нескольких докладах. В частности, представлены и подробно охарактеризованы патогенез синдрома раздраженного кишечника, его классификация, особенности клинического течения и результаты применения ряда препаратов, в том числе кишечных антисептиков, реже — антибиотиков, пробиотиков (Bifido, Lacto, Bifido + Lacto) и пребиотиков (дуфалак, актимель, активиа), продемонстрированы значительные терапевтические выгоды при применении пробиотиков по сравнению с плацебо: уменьшение метеоризма, некоторые штаммы могут уменьшать боль и в дополнение к этому улучшать общее самочувствие (профессор Ю.М. Степанов).

Профессор Е.Ю. Губская представила современные возможности коррекции клинических проявлений функциональной диспепсии (ФД). Функциональная диспепсия в соответствии с Римскими критериями III делится на две основные группы: постпрандиальный дистресс-синдром (ощущение переполнения, тяжесть в эпигастрии, раннее насыщение, связанные с приемом пищи) и эпигастральный болевой синдром (уст. — язвенноподобный вариант). Римский консенсус III признает возможность сочетания двух субтипов функциональной диспепсии у одного пациента одновременно, но абсолютно отвергает смешанный вариант диспепсии по Римским критериям II. Для лечения ФД предложена система коррекции питания, а также домперидон (моторикс) — классический селективный блокатор допаминовых рецепторов. Выбор подхода к лечению определяется вариантом клинического тече-

ния диспепсии, важным компонентом лечения которой являются прокинетики.

О риске развития колоректального рака (КРР) у больных неспецифическим язвенным колитом сообщила профессор Е.И. Сергиенко. Экспертами Европейской ассоциации по изучению болезни Крона и язвенного колита (European Crohn's and Colitis Organisation (ЕССО)) изучены материалы проведенных ранее научных исследований и клинических испытаний, посвященных данной проблеме. Результаты изучения отражены в материалах консенсусов ЕССО (2006, 2010) с указанием уровня доказательности (УД1-УД5) и степени рекомендаций (А, В, С, D) Оксфордского центра медицины, основанных на доказательствах (2001). Проанализированы факторы, способные каким-либо образом влиять на степень риска малигнизации, — это возраст появления симптомов заболевания, случаи КРР у родственников, давность заболевания, протяженность поражения кишечника, наличие псевдополипов, дисплазии, а также персистирующий характер воспаления.

Установлено, что соблюдение рекомендаций консенсуса ЕССО по контролю риска развития КРР у пациентов с НЯК, основанных на данных доказательной медицины, будет способствовать улучшению его диагностики.

Возможность снижения риска развития КРР путем назначения лекарственных препаратов получила название хемопрофилактики. Хемопротективные возможности имеют препараты базисной терапии НЯК 5-АСК (месалазин). Применение препаратов 5-АСК у больных НЯК в сочетании с препаратами урсодезоксихолевой кислоты у больных НЯК и ПСХ целесообразно для хемопрофилактики КРР.

Тонкая кишка зачастую остается terra incognita для диагностики как труднодоступный орган. Капсульная эндоскопия (КЭ) является эффективным методом диагностики заболеваний тонкой кишки,



**Профессор Е.И. Сергиенко**



**Профессор Т.Н. Христич**

что особенно важно при желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК). Этому сложному исследованию было посвящено сообщение сотрудника института к.м.н. Е.А. Крыловой. В докладе представлены данные о кишечных кровотечениях, причину которых в 20 % случаев не удается установить, и именно в таких случаях применяют КЭ для выявления источника кровотечения. Информативность КЭ повышается при проведении исследования в первые 2 суток от появления признаков ЖКК. Результаты КЭ обуславливают стратегию лечения (в 9–77 % случаев ЖКК). В клинике института с помощью КЭ выявлены случаи таких патологий, как артериовенозная мальформация, эрозии и язвы тонкой кишки, множественные ангиодисплазии тонкой кишки, опухолевидное образование с изъязвлением (в подвздошной кишке, ближе к баугиниевой заслонке).

В рамках сессии было проведено секционное заседание «Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей» под руководством д.м.н., зав. кафедры факультета педиатрии и медицинской генетики ДУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» профессора А.Е. Абатурова. Активный интерес, прошедшее обсуждение и дискуссии подтвердили актуальность проблем детской гастроэнтерологии не только среди врачей-педиатров, но и врачей общей практики, гастроэнтерологов.

Представленные доклады освещали как алгоритмы ведения пациентов, так и иммунологические и генетические факторы развития патологических процессов у детей.

Проблеме органических запоров в детском возрасте, дифференциации функциональных, врожденных и приобретенных анатомических изменений, выбора терапевтической и хирургической тактики был посвящен доклад профессора О.Ю. Белоусовой. Особое внимание было обращено на необходимость применения целого комплекса консервативных ме-

тодов лечения детей с хроническими запорами: медикаментозной и диетотерапии, режима питания, физиотерапии, лечебных упражнений, контроля за психоэмоциональным здоровьем и др.

«При органических запорах, предопределенных аномалиями развития толстой кишки или новообразованиями в пресакральной области, основным методом лечения является оперативное вмешательство. Лечение любого другого хронического колостазы следует начинать с консервативных мероприятий. Неэффективность консервативного лечения в течение одного года при наличии болевого синдрома, признаков каловой интоксикации, изменений психики ребенка вынуждает педиатров ставить вопрос о необходимости хирургической коррекции». Отмечено отличие методов терапевтического воздействия на боль и абдоминальный дискомфорт в зависимости от возраста: у детей младшего возраста преимущество отдается препаратам на основе лактулозы, массажу и гимнастике, в то время как у детей старшего возраста и подростков — психотерапевтическим методам влияния, мероприятиям, направленным на снятие стресса, антидепрессантам.

Профессор Л.С. Овчаренко в своем докладе подчеркнул, по каким клиническим признакам устанавливается диагноз «экзокринная панкреатическая недостаточность», каковы ведущие панкреатические и внепанкреатические причины ее возникновения. Особенное внимание автор уделит критериям правильного подбора дозы ферментной терапии, так как длительное бесконтрольное применение этих препаратов подавляет выработку ферментов через механизм обратной связи.

Большой интерес вызвал доклад профессора А.Е. Абатурова «Развитие хеликобактерной инфекции у детей», так как уровень инфицированности детей *Helicobacter pylori* составляет 60–70 %. Подчеркивалась необходимость понимания механизмов



**К.м.н. Е.А. Крылова**



**Профессор А.Е. Абатуров**



Вручение дипломов

влияния инфекции на разнообразные молекулярные структуры, а также продукции биологически активных веществ. Был представлен ряд снимков гистоструктуры измененной слизистой оболочки желудка в зависимости от стадии патологического процесса. Экстрагастральные проявления инфицирования *Helicobacter pylori* не всегда попадают в поле зрения детских гастроэнтерологов, поэтому был еще раз определен вектор системного подхода к данной патологии. Экстрагастральными проявлениями хеликобактерной инфекции являются: железодефицитная анемия, крапивница, склеродермия, аутоиммунный тиреоидит, синдром Guillain—Barre, ишемическая болезнь, ожирение и др. Были представлены схемы эрадикации *Helicobacter pylori* с учетом особенностей детского возраста пациентов, которые нуждаются в идеальном соотношении эффективности, безопасности применения и комплайенса препаратов, в частности, когда идет речь об антибиотикотерапии.

Особый интерес на современном этапе представляют данные относительно влияния полиморфизма генов, ответственных за распознавание патогена и запуск сигнальных путей на начальных этапах воспаления, а также за характер и выраженность защитных реакций ребенка и его склонность к ряду заболеваний. С учетом этого доцент О.Н. Герасименко представила доклад на тему «Особенности формирования Нр-ассоциированных заболеваний у детей с полиморфизмом ASP299GLY гена TLR4». В значительной мере вариабельность течения заболевания обусловлена полиморфизмом генов, которые детерминируют элементы врожденного и адаптивного иммунитета,

к которым относятся компоненты сигнальной трансдукции. Наиболее изученным фактором патогенности *Helicobacter pylori* является «островок» патогенности генов (Cag-PAI), встроенный в геном наиболее вирулентных штаммов *Helicobacter pylori*, и его маркер, цитотоксин-ассоциированный ген А (cytotoxic-associated gene — CagA). CagA является одним из наиболее известных маркеров для CagPAI и предиктором патогенности *Helicobacter pylori*. В связи с этим было проанализировано наличие генотипа и аллелей полиморфизма Asp299Gly гена TLR4 у детей, инфицированных CagA-положительными и CagA-отрицательными штаммами *Helicobacter pylori*. Среди детей, больных хроническими воспалительными гастродуоденальными заболеваниями, достоверно чаще, чем в группе здоровых лиц, встречается генотип Asp/Gly полиморфизма Asp299Gly гена TLR4. Наличие у детей генотипа Asp/Gly SNP Asp299Gly гена TLR4 ассоциируется с высоким риском инфицирования *Helicobacter pylori* и предопределяет склонность к инфицированию CagA-положительными штаммами *Helicobacter pylori*.

В докладе «Гетеротопия слизистой оболочки желудка в пищевод» к.м.н. О.В. Симонова отметила, что для правильного выбора метода лечения данной категории пациентов необходима точная и своевременная диагностика. Докладчик остановилась на проявлениях гетеротопии слизистой оболочки желудка в пищевод, а также на бессимптомных вариантах течения патологии, при которых больные могут долго лечиться у специалистов другого профиля, например психиатров, так как ощущение кома в горле считается

психогенной проблемой. Известны такие симптомы, как приступы удушья, хронический кашель и осиплость голоса, вызванные раздражающим действием кислоты на дыхательные пути и голосовые связки. Были продемонстрированы разные клинические ситуации, эндоскопическая картина, результаты гистологии, а также тактика лечения данных пациентов. Основным месседжем доклада явилось утверждение, что достаточно часто бессимптомное течение гетеротопий, редкость выявления и технические трудности исследования области верхнего пищеводного сфинктера объясняют незнание этой патологии большинством гастроэнтерологов и эндоскопистов.

В докладе «Оптимизация антихеликобактерной терапии у детей» профессор Г.А. Леженко, опираясь на существующее руководство Маастрихт IV (Флоренция), затронул проблемные вопросы повышения эффективности эрадикационной терапии, а также роль пробиотиков при проведении антихеликобактерной терапии: «Прием пробиотиков не приводит к эрадикации *Helicobacter pylori*, но доказательно снижает плотность колонизации». Анализ степени эрадикации при назначении различных пробиотиков показал, что определенные пробиотики демонстрируют многообещающие результаты в качестве адьювантной терапии и возможность уменьшения побочных эффектов.

Результаты изучения клинической эффективности заместительной ферментотерапии с использованием фермента лактазы при лечении ротавирусной инфекции у детей раннего возраста были представлены профессором А.Е. Абатуровым и аспирантом Ю.Ю. Степановой. С учетом современных патогенетических механизмов был сформулирован следующий вывод: «Снижение в просвете кишечника дисахаридазной активности, индуцируемое ротавирусной инфекцией, в большей степени обуслов-

лено не гибелью зрелых энтероцитов в результате репликации вирусов или вирус-индуцированного апоптоза, как это считалось раньше, а блокадой функционирования транспортных протеинов щеточной каймы энтероцита энтеротоксином ротавируса NSP4». Важным является факт, что полное возобновление лактазной активности после перенесенной кишечной инфекции в среднем происходит только через год. Проведенное исследование позволило утверждать, что включение в терапию заболевания фермента лактазы способствует позитивной динамике за счет уменьшения проявлений вторичной лактазной недостаточности и сокращения длительности диарейного синдрома. Целесообразность использования заместительной ферментотерапии — лактазы при лечении ротавирусной инфекции у детей раннего возраста подтверждается также тем, что такая терапия позволяет продолжить естественное вскармливание во время болезни.

Кроме устных докладов, на конференции были представлены стендовые постеры ученых и врачей Днепропетровска, Харькова, Винницы, которые были интересными и содержательными. Особо следует выделить стендовую работу Ю.С. Бреславец «Динамика содержания синтазы оксида азота в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны у больных НПВП-гастропатиями до и после лечения».

Закрывая заседания I научной сессии Института гастроэнтерологии, директор института профессор Ю.М. Степанов отметил высокий уровень докладов, их научную и практическую значимость, поблагодарил докладчиков и слушателей за участие в конференции. Особо были отмечены сотрудники института, которым были вручены почетные грамоты за 3 лучших устных доклада среди молодых ученых (Н.Ю. Ошмянская, В.А. Макаручук и С.О. Тарабаров) с пожеланиями дальнейших творческих успехов. □