

НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В АССОЦИАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПЕЧЕНИ АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОГО РЕГИОНА (APASL): ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ В 2008 ГОДУ?

В.А.Исаков

Отделение гастроэнтерологии и гепатологии ГУ НИИ питания РАМН, Москва.

Учитывая, что подавляющее большинство инфицированных вирусом гепатита В в мире приходится на страны Азии, а так же, что заболеваемость гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК) там наибольшая, то рекомендации по лечению хронического вирусного гепатита В, предлагаемые для этого региона вызывают неподдельный интерес. На состоявшейся в марте этого года в Сеуле очередной 18 конференции APASL были приняты новые рекомендации по лечению хронического вирусного гепатита В, перевод которых публикуется в данном номере журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология». Что, прежде всего, отличает данные рекомендации от опубликованных год назад рекомендаций Американской ассоциации по изучению болезней печени и ряда национальных рекомендаций?

Характерной особенностью является самый низкий, из приводимых до сих пор, уровень вирусной нагрузки, при котором следует начинать лечение: $2,0 \times 10^3$ и $2,0 \times 10^4$ МЕ/мл при HBeAg-негативном и HBeAg-позитивном гепатите, соответственно. Это связано с тем, что именно на азиатской популяции были выполнены исследования [3, 4], подтверждающие роль величины вирусной нагрузки в возникновении ГЦК. Важно ли это снижение порогового уровня вирусной нагрузки для пациентов нашей популяции? Вряд ли, так как высокий риск возникновения ГЦК в странах Азии обусловлен не только высокой инфицированностью населения вирусом гепатита В, но и пищевым фактором, — высоким потреблением афлатоксина с традиционными пищевыми продуктами. Так, по данным молекулярного анализа ГЦК, в отличие от Франции и Италии, почти в половине случаев ГЦК из Юго-Восточной Азии были найдены мутации, обусловленные действием афлотоксина [6]. Если помнить, что вирус гепатита В оказывает выраженное дополнительное мутагенное действие на гепатоциты именно в популяции, подверженной действию афлотоксина [5], то такое изменение пороговых уровней вирусной нагрузки в рекомендациях по лечению хронического вирусного гепатита В становится понятным. Известно, что генотип С вируса гепатита В чаще всего

связан с возникновением ГЦК [7], а именно генотипы С и В распространены в Азии, напротив в Европе и России подавляющее большинство вируса в популяции представлено генотипом D. Более того, в Европе и у нас, ГЦК крайне редко возникает вне рамок цирроза печени, что довольно часто наблюдается как раз в Азии. Таким образом, для нас вопрос профилактики ГЦК с помощью противовирусной терапии превращается в другой вопрос, — профилактики цирроза печени. А здесь действуют совершенно другие закономерности. Прогрессирование вирусного гепатита в цирроз обусловлено целым рядом факторов, помимо вирусных, среди которых потребление алкоголя, безусловно, является ключевым. Вторым важным компонентом прогрессирования гепатита в цирроз является стойкое повышение АЛТ или выраженная активность воспалительного процесса по данным биопсии печени, что при заявленных в рекомендациях APASL уровнях виремии (10^3 и 10^4) наблюдается чрезвычайно редко, во всяком случае, в Европе и России.

Интересно, что при таком слишком «прогрессивном» пороге виремии, при котором следует начинать терапию, в рекомендациях имеется противоречие между пунктами 3 и 4. В одном фигурирует рекомендация о выполнении биопсии печени больным с репликацией вируса и повышенным уровнем АЛТ, а в другом речь идет о вирусной нагрузке и уровне АЛТ, которые без учета данных биопсии сами по себе являются показанием к терапии. При попытке смоделировать реальную клиническую ситуацию возникает довольно странное ощущение, получается, что если при биопсии печени была получена активность 5 баллов по Knodell и фиброз стадии 0–1, а у больного с отсутствием HBeAg и уровнем виремии 3×10^3 МЕ/мл зафиксирован уровень АЛТ более 45 (сейчас полагают, что верхняя граница нормы должна составлять 19 Ед/л), то этого больного нужно лечить? Согласно рекомендациям APASL, — да, такой больной подлежит терапии, согласно рекомендациям AASLD и многих национальных рекомендаций, — нет. Различие здесь заключается в строгом разграничении критериев начала терапии, выраженная активность

процесса в печени при биопсии или если таковая не выполнялась, стойкое повышение АЛТ являются основными критериями, в дополнение к которым идут граничные показатели вирусной нагрузки (10^4 и 10^5). В одном из недавно опубликованных комментариев российских специалистов на эту тему ясно указывается, «что следует лечить больных с повышенной активностью трансаминаз в фазе иммунореактивности (HBeAg-положительный ХГВ) и в фазе реактивации (HBeAg-негативный ХГВ), а также некоторых пациентов в фазе иммунотолерантности при высокой вирусной нагрузке (более 200000 МЕ/мл) после получения результатов биопсии печени» [2].

Другой интересной особенностью является то, что поскольку рекомендации региональные, то в них перечислены все существующие препараты для лечения хронического вирусного гепатита В. В отличие от тех же рекомендаций AASLD, в рекомендациях APASL ламивудин полагают препаратом первой линии терапии наряду с более современными и мощными телбивудином и энтекавиром. Более того, ламивудин полагают препаратом выбора при опасности возникновения печеночной недостаточности, что само по себе вызывает большое удивление. Во-первых, достаточно ясно, что, будучи начатой, терапия нуклеотидами предполагает длительное непрерывное лечение в течение, как минимум, нескольких лет. В этой связи, резистентность вируса к препарату, возникающая в процессе лечения приобретает важное значение, так как резистентность рано или поздно приводит к увеличению виремии, и рецидиву гепатита, выражающегося в увеличении активности воспаления в печени, повышении АЛТ и как следствие увеличении риска осложнений. Как раз больные с предцирротической стадией гепатита или циррозом печени наиболее уязвимы в такой ситуации, поскольку каждое очередное обострение может у них привести к прогрессированию и декомпенсации процесса. Именно в связи с этим, в рекомендациях AASLD преимущество в лечении данной категории пациентов отдается препаратам с наименьшим уровнем резистентности, — энтекавиру или комбинации двух препаратов. Более того, во время уже упоминавшейся конференции APASL были представлены данные наблюдения за больными циррозом печени, получавшими энтекавир в течение 72 недель лечения, у 33,3% из них наступило гистологическое

улучшение как минимум на 1 балл фиброза [8]. Таким образом, препараты с высоким генетическим барьером и большой мощностью не только предупреждают у больных циррозом печени декомпенсацию, но в ряде случаев могут обеспечить и регрессию патологического процесса.

Другим, так же весьма существенным отличием является частота контроля показателей эффективности лечения. Рекомендации APASL предполагают контролировать АЛТ, HBeAg и ДНК вируса ежеквартально без каких-либо различий относительно того, какими препаратами осуществляется лечение и что следует делать в том или ином случае. В этом смысле более совершенными выглядят предложенные группой экспертов рекомендации, получившие название «дорожная карта» [1], учитывающие как меньшую кратность определения виремии, так и предлагающие определенный алгоритм действий. С одной стороны, количественное определение виремии все еще является достаточно дорогим, а с другой стороны частота выполнения этого анализа зависит и от лекарственного средства, которое назначено в качестве препарата первой линии. Скажем существенного уменьшения виремии к третьему месяцу, особенно при ее исходно высоком уровне при лечении препаратами интерферона ожидать не приходится, так как их противовирусная мощность невелика, в то же время мощные пероральные противовирусные средства такие как энтекавир или тенофовир обеспечивают нарастающее подавление репликации с первых недель терапии и у подавляющего большинства пациентов к окончанию первого года лечения уровень репликации находится ниже пороговых значений определения вируса методом ПЦР.

Несмотря на все отмеченные особенности, хотелось бы приветствовать появление данных рекомендаций в русском переводе, так как они обогащают мышление врача и показывают, насколько региональные особенности важны при создании рекомендаций по диагностике и лечению хронического вирусного гепатита В.

ЛИТЕРАТУРА

1. Keffe EB, Zeuzem S, Koff RS, et al. Итоги международного семинара: рекомендации по лечению больных хроническим гепатитом В, получающих пероральные препараты — «дорожная карта». Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. 2008;1 (1):50–58.
2. Жданов КВ. Новые рекомендации по лечению хронического вирусного гепатита В: прогнозируем эффективность терапии, следуя «дорожной карте»? Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. 2008;1 (1):48–49.
3. Chen G, Lin W, Shen F, et al. Past HBV viral load as predictor of mortality and morbidity from HCC and chronic liver disease in a prospective study. Am J Gastroenterol 2006;101 (8):1797–803.
4. Ikeda K, Arase Y, Kobayashi M, et al. Consistently low hepatitis B virus DNA saves patients from hepatocellular carcinogenesis in HBV-related cirrhosis. A

- nested case-control study using 96 untreated patients. Intervirology 2003;46 (2):96–104.
5. Liu ZM, Li LQ, Peng MH, et al. Hepatitis B virus infection contributes to oxidative stress in a population exposed to aflatoxin B1 and high-risk for hepatocellular carcinoma. Cancer Lett 2008;263 (2):212–22.
6. Pineau P, Marchio A, Battiston C, et al. Chromosome instability in human hepatocellular carcinoma depends on p53 status and aflatoxin exposure. Mutat Res 2008;653 (1–2):6–13.
7. Yang HL, Yeh SH, Chen PJ, et al. Associations between hepatitis B virus genotype and mutants and the risk of hepatocellular carcinoma. J Natl Cancer Inst 2008;100 (16):1134–43.
8. Xu J, Zhang Y, Ji S, et al. Efficacy of Entecavir in compensatory cirrhosis CHB patients. Hepatology International 2008;2 (1): A114.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПЕЧЕНИ (APASL) ОТНОСИТЕЛЬНО ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА В (HBV)

2008 год

Юнь Фаньяу

Научно-исследовательское отделение по изучению печени, Мемориальный госпиталь г. Чанг Гунг, и университет г. Чанг Гунг (Тайбэй, Тайвань)

После того как в июне 2005 года вышла в свет третья редакция Азиатско-Тихоокеанского соглашения по методам лечения гепатита В, пегилированный интерферон-α2а, энтекавир и телбивудин получили разрешение к применению по всему миру и был опубликован ряд дополненных рекомендаций по лечению хронического гепатита В. Более того, в распоряжении специалистов появился большой объем новых сведений о естественном протекании и лечении хронического гепатита В, в том числе результаты долговременных когортных исследований крупных когорт людей, объединенных по территориальному признаку, или асимптоматических (бессимптомных) носителей хронического вирусного гепатита В (HBV), последующего исследования роли генотипа HBV/его мутационных разновидностей, появляющихся естественным путем, а также способы снижения устойчивости к лекарственным препаратам и новые методы лечения. Начиная с этого момента, мы осуществляли наблюдение за течением этих процессов и в целях проведения анализа и оценки новой существенной информации провели двухдневную конференцию для высококвалифицированных специалистов. Предметом их обсуждения и дискуссии была значимость результатов исследований. В соответствии с этим была переработана предыдущая редакция «Официального отчета о соглашении по методам лечения хронического гепатита В» (*Liver Int.* — 2005. — Vol. 25. — P. 472–489), подготовленного ассоциацией APASL. Кроме того, были определены ключевые термины, используемые в данном отчете. Новые рекомендации APASL заключаются в следующем:

Рекомендация 1	Перед принятием решения о назначении какого-либо курса лекарственной терапии необходимо провести всестороннюю оценку и консультацию (II).
Рекомендация 2	Не следует осуществлять лечение пациентов с вирусной репликацией, у которых неизменно наблюдается нормальный или минимально повышенный уровень аланинтрансферазы (ALT), за исключением тех случаев, когда у этих пациентов имеет место последняя стадия фиброза или цирроза печени. Они нуждаются в надлежащем врачебном наблюдении и проведении проверки на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы каждые 3–6 месяцев (I).
Рекомендация 3	Для пациентов с репликацией вируса гепатита В и повышенным уровнем ALT, а также для тех больных, у которых наблюдается высокий нормальный уровень аланинтрансферазы (верхняя граница нормы) и возраст которых составляет более 40 лет, до начала лечения рекомендуется провести биопсию печени (II).
Рекомендация 4	Курс лечения следует назначать для пациентов с хроническим гепатитом В при ALT > 2x ULN (верхняя граница нормы), а также ДНК-HBV > 2,0 · 10 ⁴ МЕ/мл (105 копий/мл) при положительном е-антигене вируса гепатита В (HBeAg) или ДНК-HBV > 2,0 · 10 ³ МЕ/мл (104 копий/мл) при отрицательном HBeAg (I). При угрозе возникновения или в случае явного развития печеночной недостаточности, лечение необходимо начать как можно ранее (II). При иных условиях рекомендуется наблюдение пациента в течение 3–6 месяцев (II).
Рекомендация 5	Курс лечения пациентов может состоять из следующих назначений: обычный интерферон в дозе 5–10 млн — 3 раза в неделю или пегилированный интерферон-α2а в дозе 90–180 мг — 1 раз в неделю (I), энтекавир в дозе 0,5 мг — ежедневно (I), адефовир в дозе 10 мг — ежедневно (I), телбивудин в дозе 600 мг — ежедневно (I) или ламивудин в дозе 100 мг — ежедневно (I). Кроме того, может использоваться тимозин-α в дозе 1,6 мг — 2 раза в неделю (I). Назначение ламивудина рекомендуется в том случае, если существует опасность возникновения печеночной недостаточности или наблюдается ее явное развитие (II). При этих обстоятельствах также возможно использование энтекавира и телбивудина (IV).
Рекомендация 6	Во время лечения следует контролировать ALT HBeAg и/или ДНК-HBV не реже 1 раза в 3 месяца (I). В случае использования адефовира необходимо осуществлять контроль за деятельностью почек (I). При назначении интерферона обязательным требованием является контроль за отрицательными действиями данного лекарственного препарата (I).
Рекомендация 7	По окончании курса лечения в целях выявления раннего рецидива на протяжении первых 3-х месяцев следует ежемесячно осуществлять контроль за уровнями аланинтрансферазы и ДНК-HBV, а затем — 1 раз в 3 месяца (для пациентов с циррозом и для тех больных, которые остаются HBeAg/ДНК-HBV-положительными) до полугода (для восприимчивых пациентов) (II). Для пациентов, невосприимчивых к проведенному курсу лечения, необходимо проводить дальнейшее наблюдение за HBV-маркерами в целях распознавания реакции замедленного типа, а также планирования повторного курса лечения при наличии соответствующих показаний (II).
Рекомендация 8	В отношении обычного интерферона рекомендуемая в настоящее время продолжительность курса лечения составляет 4–6 месяцев для HBeAg-положительных пациентов (II) и не менее 1 года — для HBeAg-отрицательных пациентов (I). Для пегилированного интерферона рекомендуемая продолжительность курса лечения составляет не менее 6 месяцев для HBeAg-положительных пациентов (II) и 12 месяцев — для HBeAg-отрицательных пациентов (I). Касательно тимозина α1 рекомендуемая продолжительность курса лечения составляет 6 месяцев как для HBeAg-положительных (II), так и для HBeAg-отрицательных пациентов (I).



Рекомендация 9	Для пероральных противовирусных средств: в отношении HBeAg-положительных пациентов — лечение может быть прекращено в том случае, если была зарегистрирована сероконверсия е-антигена вируса гепатита В с необнаруживаемой ДНК-HBV в двух отдельных случаях, временной интервал между которыми составляет не менее 6 месяцев (II). Для HBeAg-отрицательных пациентов не представляется возможным четко определить продолжительность курса лечения, однако решение о прекращении лечения может принято в том случае, если был зафиксирован факт отсутствия обнаруживаемой ДНК-HBV в трех отдельных случаях, временной интервал между которыми составляет не менее 6 месяцев. (II).
Рекомендация 10	Для пациентов женского пола детородного возраста предпочтительно назначение курса лечения на основе интерферона для небеременных женщин; при этом следует избегать зачатия на протяжении всего курса лечения интерфероном. Женщины, забеременевшие во время приема пероральных (-ого) противовирусных (-ого) лекарственных (-ого) средств (а), могут продолжить лечение посредством перехода на препарат (ы) категории В (VI).
Рекомендация 11	В том случае, если ВИЧ-инфекция пациента не требует какого-либо лечения, предпочтительно использование адефовира, телбивудина или интерферона (при CD4 > 500). В том случае, если ВИЧ-инфекция пациента требует назначения какого-либо лечения, в состав активной антиретровирусной терапии следует включить тенофовир или комплекс ламивудина с тенофовиром (II).
Рекомендация 12	В отношении пациентов с параллельно протекающим вирусным гепатитом С (HCV) или D (HDV) следует установить, какая вирусная инфекция является доминирующей, и в соответствии с этим назначить надлежащий курс лечения (III).
Рекомендация 13	Ламивудин является предпочтительным средством для лечения не подвергавшихся какой-либо терапии пациентов с печеночной недостаточностью или повышенным риском ее развития (II). Также возможно использование энтекавира и телбивудина (III).
Рекомендация 14	Перед началом курса иммуносупрессии или химиотерапии пациентов следует обследовать на предмет наличия поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) (III). В том случае, если HBsAg положительный, до начала иммуносупрессии или химиотерапии и в течение по меньшей мере 12 недель после их окончания рекомендуется проведение профилактической терапии посредством какого-либо противовирусного средства прямого действия (I).
Рекомендация 15	Для тех пациентов, у которых во время приема ламивудина развивается устойчивость к действию данного лекарственного препарата, следует назначить дополнительный курс лечения на основе адефовира (I); при этом альтернативным вариантом может быть переход на энтекавир (1 мг/день) (I). Для пациентов, не подвергавшихся лечению посредством приема ламивудина, у которых во время терапии на основе адефовира развивается устойчивость к действию данного лекарственного препарата, следует назначить дополнительный курс лечения на основе ламивудина, телбивудина или энтекавира либо переход на эти противовирусные средства (III). Для тех пациентов, у которых во время приема телбивудина развивается устойчивость к действию данного лекарственного препарата, следует назначить дополнительный курс лечения на основе адефовира (VI). Альтернативным вариантом может быть переход на курс лечения на основе интерферона (III).
Рекомендация 16–1.	Для всех пациентов с печеночной недостаточностью, которые внесены в очередь на трансплантацию и у которых выявлена обнаруживаемая ДНК-HBV, лечение следует начинать с аналога (-ов) нуклеозидов. Назначение ламивудина плюс небольшой дозы иммуноглобулина для серотерапии гепатита В (HBIG) (400–800 U, в/м ежедневно в течение 1-й недели, затем 400–800 U ежемесячно на протяжении длительного периода времени) обеспечивает безопасную и эффективную профилактику против повторной инфекции вируса гепатита В аллогенного трансплантата (II). В качестве альтернативы может использоваться профилактический курс на основе ламивудина + адефовира (II).

Рекомендация 16–2	Поздняя замена иммуноглобулина для серотерапии гепатита В (не ранее чем через 12 месяцев после трансплантации) на адефовир обеспечивает безопасную и экономичную профилактику (II). Для пациентов с «низким уровнем риска» возможно осуществление поздней замены на монотерапию на основе ламивудина (I).
Рекомендация 16–3	Пациентам, не зараженным вирусом гепатита В и подвергшимся пересадке печени от донора с антителами к антигену вируса гепатита В (+), следует пройти длительный профилактический курс на основе ламивудина или иммуноглобулина для серотерапии гепатита В (III).



ВЫЕЗНОЙ ПЛЕНУМ НОГР В Г. УФА 26–27 ИЮНЯ 2008 г.

В соответствии с программой Научного Общества Гастроэнтерологов России 26–27 июня 2008 года в г. Уфе, под председательством президента НОГР профессора Л. Б. Лазебника прошел Выездной Пленум НОГР, основными темами заседаний которого явились вопросы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, патогенеза поражения желчевыводящих путей, функциональные нарушения пищеварительной системы.

В работе Пленума приняли участие 270 человек, среди которых большую часть представляли врачи терапевты и гастроэнтерологи г. Уфы и Республики Башкортостан, а так же ученые из ЦНИИГ, РГМУ (Москва) и Башкирского Государственного Медицинского Университета (БГМУ), эндоскописты, педиатры и врачи других специальностей.

С приветственным словом Пленум открыл проректор по лечебной работе Башкирского ГМУ В. Н. Павлов, который подчеркнул актуальность и значимость своевременной диагностики и лечения болезней органов пищеварения, частота которых увеличивается с каждым годом.

Научную часть заседания с пленарной лекцией открыла д. м. н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии БГМУ Крюкова А. Я., осветив современное состояние гастроэнтерологической помощи в Республике Башкортостан.

Современным возможностям эндоскопических методов диагностики и лечения болезней органов пищеварения с использованием капсульной эндоскопии, трансназальных методов исследования, глубокой энтероскопии были посвящены сообщения проф. П. Л. Щербакова (Москва) и проф. И. М. Уразбахтина (Уфа).

В докладе профессора Конева Ю. В. (Москва) были затронуты вопросы эндотоксиновой агрессии в патогенезе алкогольной болезни и предложены пути коррекции.

Башкирия богата своими природными ресурсами, лечебными травами, кумысом и знаменитым медом. Особый интерес на Пленуме был проявлен

к докладам башкирских и московских ученых о возможностях местных природных ресурсов (фитотерапия, апитерапия, кумысолечение, бальнеотерапия) в комплексном лечении заболеваний органов пищеварения. Основными принципами назначения фототерапии, секретами подбора разных составляющих сборов поделилась к. ф. н., заведующая кафедрой фототерапии БГМУ Пупыкина К. А. Ведущий научный сотрудник ЦНИИГ, д. м. н. Касьяненко В. И. рассказала об эффективности продуктов пчеловодства (мёд, пыльца, перга, маточное молочко, прополис) при гастроэнтерологической патологии, в том числе при язвенной болезни, хроническом холецистите, синдроме нарушенного всасывания.

Специальное заседание было посвящено проблемам билиарной патологии, которая занимает одно из лидирующих мест среди большого спектра гастроэнтерологических заболеваний. В докладах профессора РГМУ Харитоновой Л. А. (Москва) и к. м. н. Быстровской Е. В. (ЦНИИГ, Москва) обсуждались аспекты патогенеза, диагностики, методы дифференцированных подходов к лечению и профилактике постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) как у взрослых, так и у детей. С интересом заслушаны доклады, касающиеся патогенеза, течения и дифференциальной диагностики различных форм холестероза желчного пузыря. Обсуждены особенности консервативного и хирургического лечения этого заболевания.

Особое место в работе пленума было посвящено подведению итогов многоцентрового исследования МЭГРЕ, проводившегося по инициативе НОГР в 6 городах Российской Федерации в 2006–2007 году. Результаты этого эпидемиологического исследования представил Президент НОГР директор ЦНИИ гастроэнтерологии д. м. н. профессор Л. Б. Лазебник. В ходе исследования была получена научная информация о распространенности изжоги и иных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в России, лекарственных средствах, используемых для терапии, обращаемости за меди-

цинской помощью с симптомами ГЭРБ. Обсуждая широкую распространенность изжоги и ее значение, как основного фактора дискомфорта, снижающего качество жизни, профессор Л. Б. Лазебник представил новый проект НОГР — многоцентровое несравнительное открытое исследование «Восстановление качества жизни устраниением и Предотвращением Изжоги Альгинатом» (ВИА АПИА). Тему продолжила к. м. н. Валитова Э. Р. (Москва) с докладом о современных методах диагностики ГЭРБ, в частности, она поделилась опытом использования манометрии пищевода и внутриспирикулярной многоканальной рН-импедансометрии. Об особенностях лечения ГЭРБ рассказал к. м. н. Бордин Д. С. (Москва). Он отметил, что наиболее эффективными при ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы, особенно при осложненной рефлюкс-эзофагитом форме заболевания.

В рамках работы Пленума были затронуты проблемы детского и подросткового возраста. В докладе профессора Щербакова П. Л. (Москва) были подчеркнуты особенности гастроэнтерологических заболеваний детского возраста, влияние социальных и семейных факторов на течение болезней и тактику лечения. Были также освещены новые схемы эрадикационной терапии в соответствии с международным консенсусом по лечению заболеваний, ассоциированных с хеликобактерной инфекцией. Проблемы лиц призывного возраста были рассмотрены в докладе профессора Крюковой А. Я. (Уфа).

Работа Пленума закончилась обсуждением одной из важнейших проблем современной гастроэнтерологии — запорам. В результате оживленной дискуссии было принято решение о необходимости проведения многоцентрового исследования «Мягкое Устранение Запоров» МУЗА.

По окончании двухдневной работы, выездной Пленум НОГР в г. Уфе принял резолюцию:

1. На фоне снижения количества больных язвенной болезнью отмечается рост заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

2. Изжога — основное проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, не всегда связанное с избыточной продукцией кислоты в желудке. Причиной изжоги является заброс (рефлюкс) в пищевод как кислого, так и щелочного содержимого желудка.

3. Антирефлюксные препараты на основе альгинатов способны избавить больного от изжоги и предупредить ее появление.

4. Одобрить проведение проспективного многоцентрового несравнительного открытого исследования эффективности и безопасности суспензии Гевискона® «ВОССТАНОВЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ УСТРАНИЕНИЕМ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕМ ИЗЖОГИ АЛЬГИНАТОМ» («ВИА АПИА»).

5. Качественное и своевременное оказание гастроэнтерологической помощи возможно только при использовании современных высокотехнологичных методов диагностики — эндоскопических, ультразвуковых, лабораторных, функциональных.

6. Признать, что в настоящее время имеется четкая тенденция к увеличению частоты поражения желчного пузыря и желчевыводящих путей, как у взрослых, так и у детей разного возраста.

7. Рациональное использование фитотерапии является адекватным дополнением лечения больных патологией органов пищеварения.

8. Одобрить проект многоцентрового исследования «МУЗА» — «Мягкое устранение запора»

