

## ВЫЕЗДНОЙ ПЛЕНУМ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ В СОЧИ

*Бордин Д. С.*

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Научное общество гастроэнтерологов России

25–26 сентября 2008 г. в Сочи состоялся очередной выездной пленум Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР). Пленум открыл вице-президент НОГР профессор А. И. Парфенов, отметивший ведущую роль НОГР в развитии научной и практической деятельности по проблеме «гастроэнтерология», разработке новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения, чему способствуют выездные пленумы в регионах России. Теплое напутствие и добрые пожелания участникам пленума прозвучали в выступлениях члена-корреспондента РАМН, заслуженного врача РФ, профессора А. Т. Быкова и начальника управления здравоохранения администрации Сочи И. И. Пилипенко.

Первое пленарное заседание открыла пленарная лекция президента НОГР профессора Л. Б. Лазебника, посвященная результатам многоцентрового эпидемиологического исследования МЭГРЕ (Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной РЕфлюксной болезни в России»). Была показана высокая распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в России, составившая 13,3% (11,3–14,3%), сопоставимая с таковой в странах Западной Европы. Отмечено увеличение заболеваемости с возрастом, преимущественно у женщин. Выявлено увеличение частоты загрудинной боли, хронического кашля, дисфонии и хронического ларингита у респондентов с количественными критериями ГЭРБ. При этом наблюдается недостаточная осведомленность и недооценка значения изжоги как у профессионального сообщества, так и у населения. Высокая распространенность изжоги в России, выявленная в результате эпидемиологических исследований, указывает на необходимость внедрения стандартов поведения пациентов и тактики действий специалистов: фармацевтов, врачей первичного звена, гастроэнтерологов, эндоскопистов, хирургов в рамках просветительского проекта «Общество против изжоги».

Тему продолжил к. м. н. Д. С. Бордин (ЦНИИГ, Москва) лекцией «Современная диагностика и возможности медикаментозной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни», в которой было показано диагностическое значение выявления и правильной трактовки симптомов ГЭРБ (изжоги и регургитации), возможности инструментальных методов диагностики, отмечено место ингибиторов протонной помпы и альгинатов в лечении заболевания. Применению последних был посвящен доклад профессора Е. И. Ткаченко и к. м. н. И. Г. Пахомовой (ГМА им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург) «Гевискон — новый класс препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний; успешный опыт терапии ГЭРБ в Северо-Западном регионе РФ». В общении профессора Н. В. Корочанской (Краснодар) была развита тема диагностики и рациональной фармакотерапии кислотозависимых заболеваний.

А. А. Самсонов (МГМСУ, Москва) поделился опытом применения антацидов в терапии ГЭРБ, в частности, он привел данные о новом антацидном препарате релцер и его применении в составе комбинированной терапии (рабепразол, метоклопрамид, релцер) у больных ГЭРБ, в том числе ассоциированной с дуоденогастральным рефлюксом. При этом эффективно купируются не только симптомы ГЭРБ, но и явления желудочной и кишечной диспепсии. Доклад профессора С. И. Эрдес (ММА им. Сеченова, Москва) «Перспективы использования альгинатов в педиатрической гастроэнтерологии: консенсус эффективности и безопасности» завершил первое пленарное заседание.

Второе пленарное заседание «Болезни печени: подходы к лечению и профилактике осложнений» открыла лекция профессора С. Н. Мехтиева (ВМА им. И. М. Сеченова, Санкт-Петербург) «Неалкогольный стеатогепатит как маркер метаболического синдрома». Большое внимание привлекло сообщение к. м. н. И. Г. Пахомовой (ГМА им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург) «Хроническая абдоминальная боль у больных с заболеваниями органов панкреа-

тогепатобилиарной системы: принципы патогенетической терапии». Доклад к. м. н. О. С. Васнева (ЦНИИГ, Москва) был посвящен актуальной проблеме диагностики, терапевтическим и хирургическим методам лечения портальной гипертензии. Опытом диагностики, профилактики и лечения печеночной энцефалопатии поделилась к. м. н. Н. А. Шапошникова (ЦНИИГ, Москва). Доклад к. м. н. Е. В. Винницкой (ЦНИИГ, Москва) осветил актуальные вопросы ранней диагностики инфекционных осложнений цирроза печени, в частности спонтанного бактериального перитонита. Автором были предложены меры профилактики и дифференцированные методы терапии.

В пленарной лекции профессора В. Н. Дроздова (ЦНИИГ, Москва) нашли отражение современные представления о клинических особенностях диагностики и лечения анемии у больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени.

Следующее пленарное заседание было посвящено проблеме воздействия НПВП на желудочно-кишечный тракт. Доклад профессора В. Н. Дроздова содержал сведения о распространенности, социально-экономической значимости и стратегии профилактики НПВП поражений желудочно-кишечного тракта и печени. Были изложены результаты открытого рандомизированного сравнительного многоцентрового исследования «Защита Слизистой Оболочки желудка от НПСП» (ЗАСЛОН-I), в ходе которого было показано защитное действие в отношении слизистой оболочки желудка комбинаций диклофенака и фамотицина в сравнении с диклофенаком у больных с ревматоидным артритом и остеоартрозом при 4-недельном лечении. Доклад д. м. н. Е. В. Ткаченко и к. м. н. Г. Г. Варваниной (ЦНИИГ, Москва) был посвящен патофизиологическому, клиническому и прогностическому значению простагландинов при НПВП-поражениях пищеварительного тракта. Отмечено, что ведущим механизмом, определяющим как эффективность, так и токсичность НПВП, является подавление активности циклооксигеназы (ЦОГ) — ключевого фермента, регулирующего биотрансформацию арахидоновой кислоты в простагландины (ПГ). Известны два основных изомера ЦОГ: структурная ЦОГ-1 и индуцированная ЦОГ-2. Простагландины, синтезируемые под влиянием ЦОГ-1, обеспечивают защиту слизистой оболочки ЖКТ: увеличивают секрецию слизистого геля, бикарбонатов, поддерживают уровень нормального кровотока. ЦОГ-2 в большом количестве экспрессируется при воспалении. Угнетение ЦОГ-1 является основной причиной НПВП-гастропатий. Блокада ЦОГ-2 определяет терапевтические эффекты НПВП. В лаборатории гормонов пищеварительного тракта ЦНИИГ проведены экспериментальные и клинические исследования влияния НПВП на систему ПГ. Изучались неселективные ингибиторы ЦОГ (лорноксикам и кетопрофен) и селективные ин-

гибиторы ЦОГ-2 (нимесулид и целекоксиб). Наиболее сильное ингибирование системы ЦОГ вызывали лорноксикам и кетопрофен; продемонстрировано, что под их влиянием снижаются ПГЕ<sub>2</sub>, ПГF<sub>2α</sub> в слизистой оболочке желудка и толстой кишки и ПГI<sub>2</sub> в крови. В. А. Ким (ЦНИИГ, Москва) в докладе «Лечение НПВП-гастропатий» отразила основные вопросы патогенеза заболевания, в частности защитную роль простагландинов, показала современные стратегии профилактики и лечения НПВП-ассоциированных повреждений верхних отделов пищеварительного тракта.

Первое пленарное заседание второго дня пленума «Современные стандарты диагностики и лечения хронического панкреатита» открыл доклад к. м. н. Л. В. Винокуровой (ЦНИИГ, Москва) «Новая классификация хронических панкреатитов: стандарты диагностики и лечения», в котором были обсуждены преимущества и недостатки зарубежных и отечественных классификаций хронического панкреатита (ХП), предложенных в 1963–2008 гг. Особое внимание было уделено обсуждению классификации M-Annheim (2007 г.), позволяющей вычислить индекс тяжести хронического панкреатита, оценить прогноз заболевания и правильно выбрать тактику лечения. Д. м. н. И. Е. Трубицына (ЦНИИГ, Москва) отразила современные представления о нейроэндокринной регуляции, иммунных и морфологических нарушениях при хроническом панкреатите, подробно разобрала патогенетические механизмы болевого синдрома при ХП и возможности его устранения. К. м. н. Н. И. Яшина (Институт хирургии им. А. В. Вишневского, Москва) доложила о современных лучевых методах диагностики заболеваний поджелудочной железы. Предложены диагностические критерии ХП и его осложнений, рака поджелудочной железы. Сообщение к. м. н. А. В. Губиной (ЦНИИГ, Москва) было посвящено ферментной заместительной терапии при ХП. Она подчеркнула необходимость постоянного приема ферментных препаратов и в более высокой дозе, чем на практике назначается большинству больных с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Оценить ее выраженность и точно подобрать дозу заместительной терапии позволяют функциональные тесты. К. м. н. О. С. Васнев (ЦНИИГ, Москва) доложил о показаниях к хирургическому лечению и методах хирургического лечения при ХП. Обсуждались различные хирургические вмешательства при ХП — их преимущества и недостатки.

Профессор А. И. Парфенов (ЦНИИГ, Москва) представил пленарную лекцию «Целиакия — современные взгляды на болезнь у взрослого населения».



Глютенная энтеропатия (глютенчувствительная целиакия) — заболевание тонкой кишки, характеризующееся развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки в ответ на введение глютена (белка, содержащегося в злаковых культурах: пшенице, ржи и ячмене) у генетически предрасположенных лиц. Ее проявления могут варьировать от крайне тяжелого синдрома нарушенного всасывания до практически бессимптомных форм. У больных глютенной энтеропатией лимфома и рак тонкой кишки встречаются в 83–250 раз чаще, чем в общей популяции населения. Для диагностики используются иммунологические скрининговые тесты: определение антиглиадиновых антител, ретикулиновые и эндомизальные антитела. Окончательный диагноз устанавливается при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки. Основой лечения целиакии является пожизненное соблюдение аглютенной диеты, которая предотвращает прогрессирование заболевания, инвалидизацию больных и снижает риск развития злокачественных заболеваний.

Затем в ходе пленарного заседания «Новые направления в лечении болезней кишечника» профессор А. И. Парфенов представил доклад «Основные направления и перспективы лечения воспалительных заболеваний кишечника». Причины развития воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) — болезни Крона и язвенного колита — до конца не изучены. Большая роль в их патогенезе отводится провоспалительным цитокинам, вызывающим повреждение эпителия кишечника у генетически предрасположенных больных. Для лечения ВЗК используют препараты 5-АСК, кортикостероиды и иммунодепрессанты, которые блокируют синтез или секрецию цитокинов. При легкой и средней степени тяжести и для профилактики рецидивов заболевания применяют препараты 5-АСК. При тяжелом или среднетяжелом течении с внекишечными проявлениями, а также при отсутствии эффекта от препаратов 5-АСК показаны глюкокортикоиды. При стероидозависимых или стероидорезистентных формах ВЗК назначаются иммунодепрессанты. Перспективным направлением в лечении ВЗК является терапия ремикейдом (инфликсимаб в дозе 5 мг на кг массы тела).

Д. м. н. И. Н. Ручкина (ЦНИИГ, Москва) в докладе «Постинфекционный синдром раздраженного кишечника» представила критерии постинфекционного синдрома раздраженного кишечника (ПСРК). К ним относится связь начала заболевания с перенесенными кишечными инфекциями. Характерным для ПСРК является избыточный бактериальный рост в просвете тонкой кишки, который приводит к повреждению энтеральной нервной системы, снижению порога болевой чувствительности и формированию клинических проявлений. Для лечения ПСРК назначают препараты, восстанавливающие эубиоз кишечника, без дополнительного назначения психотропных препаратов. Профессор М. Д. Ардатская (Учебно-научный медицинский центр управления делами президента РФ, Москва) в сообщении «Современное представление о дисбиозе» показала, что дисбактериоз кишечника не является самостоятельным нозологическим диагнозом, а развивается в результате различных причин (изменение экологии, заболевания органов пищеварения, кишечные инфекции или паразитарные заболевания, курсы антибактериальных препаратов и другие). Автором разработан и внедрен новый способ определения состава микробиоты кишечника, основанный на определении короткоцепочечных жирных кислот (КЖК), представляющих собой естественные метаболиты микроорганизмов, в основном анаэробных. Выделено 6 типов изменений спектра КЖК. Лечебная тактика предусматривает учет причины дисбактериоза (лечение основного заболевания), селективную деконтаминацию условно-патогенной микрофлоры и назначение эубиотиков. Профессор Л. Н. Костюченко (ЦНИИГ, Москва) представила доклад «Место энтерального питания в терапии болезней кишечника». Она обозначила показания к назначению нутритивной коррекции, выделила критерии диагностики нарушений белково-энергетического, водно-электролитного метаболизма, представила возможности определения потребностей организма в нутриентах и прогноза уровня их усвоения. Особое внимание было уделено тактике корректирующего нутриционного лечения при заболеваниях кишечника.