



Н.В. Харченко

Новости с XVIII Объединенной европейской гастроэнтерологической недели

23-27 октября в г. Барселоне (Испания) состоялась XVIII Объединенная европейская гастроэнтерологическая неделя, организатором проведения которой традиционно стала Объединенная европейская гастроэнтерологическая федерация (UEGF). В рамках гастроэнтерологической недели прошла школа врачебного последипломного образования и школа профессионального усовершенствования для медицинских сестер. С каждым годом количество участников научно-образовательного форума увеличивается: так, в этом году было зарегистрировано более 14 тыс. делегатов из разных стран.

В рамках многочисленных параллельных сессий и симпозиумов выступили ведущие ученые Европы и мира; обсуждались проблемы патологии всех отделов пищеварительной системы, достижения и дальнейшие направления развития диагностической и лечебной эндоскопии органов пищеварения. На конгрессе было представлено около 500 устных докладов и более 1,5 тыс. стендовых презентаций.

Конгресс, посвященный научным достижениям в области эндоскопии, гепатологии, гастроэнтерологии и хирургии пищеварительной системы, предусматривал проведение предварительных двухдневных курсов последипломного обучения и основную программу, включавшую тематические симпозиумы, научные сессии и стендовые доклады.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Несколько симпозиумов было посвящено проблеме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В выступлении V. Savarino (Италия) освещался вопрос функциональной изжоги и неэрозивной язвенной болезни (НЭРБ), механизмов возникновения этих патологических состояний и их различий. В выводах отмечалось, что пациенты с функциональной изжогой отличаются от больных НЭРБ, у них отсутствует какой-либо тип рефлюксата (по сравнению с контролем); у этих пациентов часто встречаются и другие функциональные гастроинтестинальные нарушения (например, функциональная диспепсия).

В докладе F. Zerbib (Франция) была представлена информация о проксимальном рефлюксе и методах его диагностики. Для диагностики проксимального рефлюкса используют двухзондовый рН-мониторинг, фарингеальное рН, эзофагеальный рН-импеданс, фарингеальный рН-мониторинг. Клиническая значимость проксимального рефлюкса не доказана. Для определения роли фарингеального импеданса в выявлении внепищеводного рефлюкса необходимо проведение дальнейших исследований.

Интерес слушателей вызвал доклад R. Fass (США) о взаимосвязи сна и возникновения рефлюкса. Отмечалось, что начиная с 1960-х до 2002 года средняя длительность периода сна значительно уменьшилась (с 9 до 7 ч). Приводился анализ результатов анкетирования пациентов, позволивший выявить взаимосвязь качества сна с возникновением симптомов ГЭРБ. 90% кислотных рефлюксов ассоциировались с короткими пробуждениями во время сна.

В докладе, посвященном внепищеводным проявлениям ГЭРБ (M. Vaezi, США), отмечалось, что хирургическое лечение не способствует уменьшению симптомов ГЭРБ при длительном наблюдении (12 мес). Автор также представил вниманию слушателей алгоритм ведения пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ.

Продолжается поиск новых эффективных и безопасных лекарственных средств для лечения пациентов с ГЭРБ. J. Tack (Бельгия) привел результаты многоцентровых клинических исследований таких препаратов. В частности, показана высокая эффективность баклофена в монотерапии и в комбинации с ингибиторами протонной помпы (ИПП), а также его хорошая переносимость. Продолжаются исследования препаратов из группы агонистов ГАМК-В (лезогаберана, арбаклофена плакарбила). При проведении клинических исследований IIa фазы была доказана эффективность лезогаберана (AZD 3355) в дозе 65 мг 2 р/сут у 244 пациентов

с ГЭРБ. Препараты группы агонистов mGLU-R5 (ADX 10059, AFQ 056) также показали обнадеживающие результаты при проведении клинических исследований II фазы у больных ГЭРБ.

Два доклада (J. Hatlebakk, Норвегия; S. Attwood, Великобритания) были посвящены проблеме выбора между длительной медикаментозной терапией и хирургическим лечением ГЭРБ (фундопликацией). Подчеркивалось, что отбор пациентов для хирургического вмешательства должен быть тщательным и обоснованным.

Инфекция Helicobacter pylori

Проблемы лечения хеликобактерной инфекции рассматривались в рамках нескольких сессий и сателлитных симпозиумов. На сегодняшний день актуальными остаются вопросы оптимизации лечения больных, инфицированных Helicobacter pylori, учитывая значительный рост резистентности бактерии к метронидазолу и кларитромицину, а в последние годы и к левофлоксацину. Профессор F. Megraud (Франция) отметил, что основной проблемой в лечении инфекции H. pylori является преодоление резистентности бактерии к основным антибиотикам, используемым в схемах эрадикации. В частности, по результатам изучения антибиотикорезистентности H. pylori в странах Евросоюза у значительного количества пациентов (n=1860) за 2008-2009 гг. резистентность к кларитромицину составила в среднем 17,1% (наиболее высокие показатели отмечены в странах Центральной и Южной Европы – >20% – по сравнению с государствами Северной Европы – <10%), метронидазолу – 34,19%, амоксицилину, тетрациклину, рифабутину – около 1%. В некоторых европейских странах (Австрии, Хорватии) уровень резистентности к кларитромицину превышает 30%. Наблюдается также повышение резистентности к левофлоксацину; во Франции, Бельгии, Португалии она составила ≥20% (в среднем в странах ЕС – 17%). Это требует пересмотра стандартов антихеликобактерной терапии с учетом региональных особенностей, поскольку Маастрихтский консенсус III не рекомендует использовать кларитромицин в эрадикационных схемах, если региональный уровень резистентности к нему превышает 15-20%. Вместе с тем использование последовательной терапии с применением кларитромицина продемонстрировало эффективность в отношении эрадикации возбудителя, несмотря на резистентность к кларитромицину (J.P. Gisbert et al., 2010).

Профессор P. Malfertheiner (Германия) в докладе представил положительные результаты проведения европейского многоцентрового исследования по оценке эффективности инновационной формы антихеликобактерного препарата Pylera (зарегистрирован в США в 2006 г.). Препарат представляет собой многослойную таблетку, в состав которой входит 3 активных вещества: 140 мг натриевой соли висмута субцитрата, 125 мг тетрациклина и 125 мг метронидазола. Использование препарата в сочетании с омепразолом в течение 10 дней с целью достижения антихеликобактерного эффекта обеспечило гораздо более высокий уровень эрадикации (93,3%) по сравнению с традиционной терапией (ИПП + кларитромицин + амоксициллин в течение 7 дней), уровень эрадикации на фоне которой составил 69,6%. В регионах с показателями резистентности к кларитромицину ≥20% преимущество схемы Pylera + ИПП составило 30%. При этом было отмечено, что региональная резистентность к метронидазолу не оказывала негативного влияния на уровень эрадикации при использовании

указанной схемы, что можно объяснить синергизмом солей висмута и метронидазола в преодолении резистентности к последнему.

В постерных докладах были представлены данные исследований по применению в эрадикационных схемах новых антибиотиков из группы фторхинолонов – ситафлоксацина, финафлоксацина – в качестве 3-й линии терапии. Группа японских ученых под руководством J. Matsuzaki представила данные по изучению эффективности эрадикационной схемы с включением рабепразола 10 мг и амоксициллина 500 мг для 4-кратного приема и ситафлоксацина 100 мг дважды в день в течение 7 дней у пациентов с ранее неэффективной эрадикацией с проведением терапии 1-й и 2-й линии. Согласно результатам исследования, уровень эрадикации при использовании указанной схемы достиг 67-76% в разных группах пациентов в зависимости от штамма H. pylori. Среди побочных эффектов отмечались умеренная тошнота, диарея; у 14% пациентов – умеренные абдоминальные боли.

Заболевания поджелудочной железы

Ряд докладов на конгрессе был посвящен заболеваниям поджелудочной железы. Профессор P. Layer (Германия) отметил, что среди основных причин экзокринной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ) можно выделить состояния, приводящие к утрате функции ее паренхимы (хронический алкогольный, наследственный либо аутоиммунный панкреатит; рак ПЖ; резекция ПЖ; муковисцидоз), а также заболевания, способствующие нарушению регуляторных механизмов (целиакия, сахарный диабет (СД), неспецифические воспалительные заболевания кишечника и др.). Несмотря на то что злоупотребление алкоголем и курение считаются общеизвестными факторами риска развития заболеваний ПЖ, автор приводит данные о том, что, например, хронический панкреатит выявляется у менее чем 10% больных хроническим алкоголизмом и менее чем у 5% заядлых курильщиков. Нарушения экзокринной функции ПЖ чаще отмечаются у пациентов, имеющих панкреатические аутоантитела. Основным аутоантигеном, к которому вырабатываются аутоантитела, является гликопротеин мембраны зимогенных гранул. Так называемый панкреатогенный диабет (диабет 3 типа) наблюдается после панкреатэктомии, при тяжелом хроническом панкреатите (наследственном или приобретенном). 20% больных хроническим панкреатитом страдают СД, у 70% имеются нарушения метаболизма глюкозы. Согласно данным статистики, 1-2% всех больных СД в США, а также 15-20% в Азии имеют СД 3 типа. В этой категории больных риск развития сосудистых и ретинальных заболеваний такой же, как и у пациентов с СД 1 и 2 типа. Для панкреатогенного СД характерны такие особенности:

- инсулинозависимость варьирует;
- при необходимости лечения инсулином часто наблюдается гипогликемия;
- преобладает печеночная инсулинорезистентность, несмотря на нормальную или повышенную периферическую чувствительность к инсулину;
- отмечается дефицит многих гормонов, включая глюкагон и панкреатический полипептид (ПП). Лечение больных СД 3 типа включает:
 - инсулин;
 - стимуляторы секреции инсулина – сульфонилмочевину и меглитиниды, – аналоги ГПП-1 (экзенатид),

- ингибиторы ДПП-4 (глиптины);
- агенты, повышающие чувствительность к инсулину:
- метформин,
- глитазоны;
- другие препараты:
- ингибиторы альфа-глюкозидазы.

СД 3 типа ассоциируется с 10–20-кратным увеличением риска рака ПЖ. В частности, этот риск повышают инсулин и препараты, стимулирующие его секрецию. В то же время метформин благодаря антидиабетическим и антинеопластическим эффектам ассоциируется с 50–70% снижением риска рака ПЖ.

При СД 1 и 2 типа рекомендуется регулярно проводить исследование фекальной эластазы.

Согласно данным, представленным М. Lerch (Германия), курение в большей степени влияет на развитие хронического панкреатита, чем алкоголь. В западных странах к факторам риска развития злокачественных новообразований ПЖ относятся избыточная масса тела и ожирение.

Острая печеночная недостаточность

На симпозиуме, посвященном проблеме острой печеночной недостаточности (ОПН), А. Gerbes (Германия) отметил, что за последнее десятилетие (1998–2008 гг.) наблюдается увеличение частоты возникновения ОПН на фоне приема парацетамола; данная патология регистрируется преимущественно в возрасте 36–45 лет. Последствия приема этого препарата остаются частой причиной выполняемых трансплантаций печени. Доклад F. Larsen (Дания) был посвящен прогностической ценности шкал (SOFA, SIRS и др.), используемых для отбора кандидатов на трансплантацию печени.

Доклад J. Wendon (Великобритания) был о проблеме ведения пациентов с ОПН. Лечение таких больных должно быть направлено на предотвращение прогрессирования ОПН (предотвращение энцефалопатии), снижение тяжести повреждения печени, ограничение внепеченочной органной недостаточности. Отмечалось, что N-ацетилцистеин является эффективным и безопасным препаратом для лечения пациентов с печеночной недостаточностью, развившейся вследствие приема парацетамола (при условии применения N-ацетилцистеина не позже чем через 16 ч после приема парацетамола). Применение N-ацетилцистеина способствовало улучшению прогноза заболевания и снижению частоты возникновения отека мозга. В докладе J. Wendon также были представлены результаты двойного слепого рандомизированного плацебо контролируемого исследования по изучению эффективности L-орнитина L-аспартата при ОПН.

F. Nevens (Бельгия) осветил возможности искусственной печени в лечении пациентов с ОПН. Проведенные исследования (HELIOS, Prometheus) показали, что применение данной методики позволило уменьшить проявления печеночной энцефалопатии и гемодинамическую нестабильность. Несмотря на то что не было выявлено положительного влияния на выживаемость пациентов при длительном наблюдении, данная методика может использоваться в центрах, в которых нет возможностей для проведения трансплантации печени.

Вирусные гепатиты

На симпозиуме, посвященном вирусным гепатитам, освещались вопросы диагностики и лечения этих заболеваний.

В докладе R. Esteban (Испания) были освещены клинические аспекты лечения больных хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ). За последние годы в странах Азии, Европы и США приняты консенсусы по лечению этой группы больных. 1-й линией терапии остаются пегилированные интерфероны и аналоги нуклеозидов, в частности новые препараты, такие как адефовир, тенофовир, энтекавир. Целью лечения является замедление прогрессирования процесса, достижение сероконверсии HBeAg, улучшение гистологической и клинической картины. Отмечено, что эрадикация вируса возможна только на ранней стадии заболевания. Длительность лечения аналогами нуклеозидов не ограничивается, хотя следует учитывать риск появления резистентности вируса. HBeAg-положительный вариант с генотипом А HBV является хорошим предиктором

при лечении аналогами нуклеозидов, а с генотипом В – плохим.

Доклад M. Buti (Испания) был посвящен новым подходам к лечению хронического вирусного гепатита С. Известно 6 генотипов и 50 субтипов вируса гепатита С. Применение пегинтерферона в комбинации с рибавирином приводит к эрадикации HCV у 42–46% больных с генотипом 1 и у 82–84% пациентов с генотипами 2 и 3. К ограничениям этого метода лечения относятся высокая стоимость, нежелательные побочные явления и отсутствие эффекта у ряда больных. С целью повышения эффективности терапии разрабатываются новые препараты, в частности боцепревил и теллапревил.

В сообщении H. Bodenheimer, посвященном обзору докладов по заболеваниям печени, отмечено, что повышение уровня IgG₄ в сыворотке крови ассоциируется с первичным склерозирующим холангитом и аутоиммунным панкреатитом. Циркулирующие эндотелиальные клетки (ЦЭК) являются маркером сосудистого повреждения при циррозе печени. У больных хроническим вирусным гепатитом С с 1 генотипом HCV, не ответивших на первичное лечение, использование тройной терапии (теллапревил + пегинтерферон α2a + рибавирин) в течение 48 нед способствовало уменьшению количества рецидивов.



Участники Объединенной европейской гастроэнтерологической недели

Синдром раздраженного кишечника

На симпозиуме, посвященном синдрому раздраженного кишечника (СРК), подчеркивалась роль генетических факторов в возникновении данного патологического состояния. Проведенные исследования подтвердили гипотезу о роли наследственного фактора в возникновении СРК. Среди родителей, дети которых страдают СРК, данная патология встречалась у 26–34%, в контрольной группе – у 12%.

F.M. Manrique отметил, что лечение СРК, учитывая разнообразие форм и симптомов заболевания, на сегодня представляет достаточно сложную задачу; единой схемы терапии для лечения всех форм заболевания не существует. По мнению докладчика, вероятно, в будущем главную роль в лечении СРК будут играть висцеральные анальгетики, а также агонисты и антагонисты серотониновых рецепторов.

Профессор J. Task (Бельгия) представил результаты многоцентрового двойного слепого плацебо контролируемого исследования по изучению эффективности и безопасности отилония бромид при длительном лечении (15 нед) больных с разными формами СРК. Отилония бромид – спазмолитический препарат, блокирующий кальциевые каналы L-типа мышечных волокон тонкого и толстого кишечника. Препарат имеет низкую системную биодоступность. По результатам исследования отилония бромид продемонстрировал эффективность в уменьшении абдоминального болевого синдрома и метеоризма, значительное снижение частоты рецидивов в течение 10-недельного периода наблюдения по сравнению с группой плацебо. Исследование подтвердило высокий профиль безопасности и хорошую переносимость препарата.

V. Camilleri (США) отметил, что у 32% больных СРК диарея связана с генетически обусловленным снижением синтеза желчных кислот в печени. Докладчик представил новые подходы к лечению СРК, среди которых выделил такие:

- рифаксимин – невоссасывающийся антибиотик, применяется в дозе 550 мг 2 р/сут в течение 2 нед у пациентов, не страдающих запорами;
- синтетический агонист гуанилатциклазы – стимулирует МВТР (муковисцидозный трансмембранный регулятор), способствует повышению секреции натрия и воды в кишечнике и устранению запоров;
- ингибиторы триптофангидроксилазы-1 – угнетают синтез серотонина в ЖКТ, принимаются перорально, хорошо переносятся;
- наронаприд – агонист 5HT-рецепторов.

Воспалительные заболевания кишечника

Доклад B.D. Polk (США) был посвящен воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК). Он отметил, что при тяжелом течении неспецифического язвенного колита (НЯК) у детей, не ответивших на лечение кортикостероидами, используется инфликсимаб. При болезни Крона необходимо внутривенное введение кортикостероидов (триамцинолона). Предиктором длительной ремиссии при этой болезни считается раннее заживление слизистой оболочки.

Уже традиционно серия докладов была посвящена генетическим исследованиям у пациентов с ВЗК. Как неоднократно подчеркивалось, ВЗК являются полигенными заболеваниями, кодируемыми не одним, а группой различных генов. В то же время определенный интерес представляют эпигенетические исследования этой нозологии. У больных ВЗК изменение генома, индуцирующее развитие заболевания, может быть связано с воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды. При этом геномные нарушения могут быть достаточно стойкими и детерминировать развитие заболевания не только в первом, но и в следующих поколениях. Генетически обусловленные изменения местного иммунного ответа с модификацией и дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов в слизистой оболочке толстой кишки могут приводить к развитию ВЗК. В то же время особое внимание в патогенезе и развитии ВЗК уделяется роли хемоаттрактантов и молекул адгезии, в частности интегринов α4β1/β7, которые способствуют активации иммунокомпетентных клеток и миграции их в очаг воспаления.

Несмотря на успехи в изучении патогенеза ВЗК, на сегодняшний день существенного прорыва в лечении этой тяжелой патологии не наблюдается. В последние годы широкое распространение в мире получила биологическая терапия ВЗК, направленная на блокирование индукторов воспаления, их клеточных рецепторов или стимуляцию противовоспалительного иммунного ответа. Обсуждались препараты, действие которых направлено на блокирование TNF и других мощных провоспалительных цитокинов – интерлейкина-6, 12, 23. Кроме того, рассматривались возможности использования вакцины для снижения синтеза собственного TNFα. Первые исследования показали, что такая вакцинация достаточно эффективна, но необходимо ее повторение с частотой не реже одного раза в 3 мес. Другим современным направлением биологической терапии является разработка антител к интегрину. Препарат натализумаб (антитела к α4β1/β7-интегрину) успешно используется при лечении ВЗК в США и некоторых странах Европы, а вертолизумаб (антитела к α4β7-интегрину) проходит завершающий этап клинических исследований.

В рамках Европейской гастроинтестинальной недели впервые была проведена внеочередная ассамблея Европейской организации по изучению болезни Крона и язвенного колита (ЕССО), посвященная реорганизации ЕССО. Учитывая высокую распространенность ВЗК в Европе и мире, значительный интерес ученых к этой патологии и высокую научно-исследовательскую активность с получением большого объема новых научных данных, роль ЕССО как европейского организационного научного центра существенно возрастает. Это обуславливает необходимость анализа, регулирования и контроля современной научной информации, ее оценки и обновления действующих консенсусов по ВЗК. С учетом этого были сформированы два руководящих подразделения ЕССО: организационный совет и стратегический совет. В организационный совет вошли ранее созданные научный

Продолжение на стр. 8.

Н.В. Харченко, д.м.н., профессор, Н.Д. Опанасюк, к.м.н., И.Я. Лопух, И.А. Коруля, кафедра гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев; А.Э. Дорофеев, д.м.н., профессор, кафедра внутренних болезней № 2, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Новости с XVIII Объединенной европейской гастроэнтерологической недели

Продолжение. Начало на стр. 6.

комитет, образовательный комитет, клинический комитет, эпидемиологический комитет, комитет молодых ученых, медсестринский комитет. Основной задачей организационного совета является оперативное руководство ЕССО с анализом и обобщением современных данных по проблеме ВЗК. В состав стратегического совета вошли, помимо руководителей комитетов, национальные представители стран, входящих в ЕССО, а также почетные члены ЕССО – ученые, посвятившие многие годы изучению ВЗК. Членами стратегического совета ЕССО от Украины стали профессор А.Э. Дорофеев (г. Донецк) и профессор Т.Д. Звягинцева (г. Харьков).

При поддержке Украинской гастроэнтерологической ассоциации (УГА) наша страна стала полноправным членом ЕССО в 2008 г. На пленуме УГА, проведенном в г. Киеве в 2009 г., была создана рабочая группа по изучению ВЗК, в которую вошли ведущие специалисты 6 крупных центров Украины. Результатом работы этой группы стало издание первого в Украине руководства по заболеваниям кишечника, которое получило высокую оценку не только в нашей стране, но и за рубежом. В 2010 г. в рамках IV съезда гастроэнтерологов Украины под эгидой УГА в г. Донецке была проведена конференция «Воспалительные заболевания кишечника: проблемы и перспективы», которая не только проходила под патронатом ЕССО, но и была включена в комплекс образовательных программ ЕССО. На конференции была создана объединенная рабочая группа по ВЗК, в состав которой вошли гастроэнтерологи и ведущие колопроктологи Украины, занимающиеся проблемой ВЗК.

Онкологические заболевания

Вопросам профилактики колоректального рака (КРР) был посвящен симпозиум, на котором выступили ведущие ученые Великобритании и США. В докладе профессора М. Hull (Великобритания) представлена оценка риска развития рака толстой кишки в разных группах населения. Общепопуляционный риск составляет около 5%; средний риск (5-15%) отмечается в группе с выявленными аденомами, у больных НЯК с тотальным поражением толстой кишки и у пациентов с семейным анамнезом КРР; группу высокого риска (80-100%) составляют пациенты с наследственными синдромами, в первую очередь семейным аденоматозным полипозом и непוליозным КРР (синдромом Линча).

Известно, что большинство опухолей толстой кишки развиваются из аденом. Результаты исследований последних лет, выполненных в США и странах Евросоюза, подтверждают эффективность применения ингибиторов ЦОГ-2, аспирина и препаратов кальция, способствующих уменьшению количества и размеров аденом и профилактике возникновения КРР (Cole et al., 2009; Salomon et al., 2008). Вместе с тем при использовании ингибиторов ЦОГ-2 отмечается достаточно высокий риск развития нежелательных побочных явлений, в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы, что делает невозможным их широкое применение с целью химио-профилактики полипоза и КРР в общей популяции (Salomon et al., 2008). Нежелательные явления при приеме аспирина и препаратов кальция выражены в меньшей степени.

Профессор А.С. Anderson (Великобритания) представила обобщенные данные о влиянии образа жизни и пищевых привычек на заболеваемость КРР. В частности, она отметила, что физическая активность и контроль массы тела снижают риск развития КРР в общей популяции, в то время как частое употребление красного мяса, особенно подвергнутого многоэтапной кулинарной обработке, злоупотребление алкоголем у мужчин, избыточная масса тела и абдоминальное ожирение являются факторами повышенного риска КРР. Результаты метаанализа многоцентровых исследований с применением препаратов фолиевой кислоты, селена, витамина D отдельно или в комплексе с кальцием не продемонстрировали убедительных данных об их эффективности в отношении профилактики КРР. Исследования в этом направлении продолжаются.

Большое внимание на конгрессе было уделено роли стволовых клеток в терапии онкологических заболеваний. Профессор Т. Roskams (Бельгия) отметила, что стволовые клетки играют важную роль в процессах регенерации практически при всех заболеваниях ЖКТ и печени. Более глубокое понимание процессов активации и дифференциации, включая сигнальные пути, позволит выбрать правильную стратегию лечения и будет способствовать улучшению возможностей терапии в будущем. Оптимизировать стратегию лечения позволит более совершенная классификация опухолей, а также углубление знаний о химиорезистентности стволовых клеток.

Профессор Н. Clevers (Нидерланды) провел параллель между контролируемым самообновлением кишечного эпителия и неконтролируемой пролиферацией рака толстой кишки. Рак толстой кишки у человека почти всегда вызывается мутациями гена APC. Около 10 лет назад было показано, что APC контролирует активность сигнального пути Wnt. В здоровой кишке сигналы Wnt являются основным стимулом пролиферативного самообновления. Одним из генов, который активируется сигналами Wnt в здоровых криптах, а также в раковой ткани кишечника, является Lgr5. Используя генетические модели мышей, профессор Н. Clevers показал, что Lgr5 является особым маркером кишечных стволовых клеток, и из единственной стволовой клетки мыши или человека можно вырастить длительно живущую быстрорастущую «минишку», имеющую все признаки здорового эпителия тонкой или толстой кишки. Эти данные могут быть экстраполированы на многие ткани, включая желудок, кожу и поджелудочную железу, что дает возможность получения в будущем ex vivo трансплантатов кишечного эпителия. Эта стратегия может комбинироваться с генной терапией.

Профессор Н. Clevers был награжден премией UEGF как ведущий исследователь в области сигнальных путей, контролируемых развитием рака ЖКТ и стволовых клеток ЖКТ.

«Медицина газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»[®]

Редакционная коллегия

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой госпитальной терапии №1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- О.Я. Бабак**, д.м.н., профессор, директор ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН и РАМН, заместитель директора по научной работе ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины»
- Б.М. Венцковский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- А.П. Виктор**, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии лаборатории функциональной диагностики ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, ректор НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины
- И.И. Горпинченко**, д.м.н., профессор, директор Украинского института сексологии и андрологии, главный сексопатолог МЗ Украины
- Ю.И. Губский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой биоорганической, биологической и фармацевтической химии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- Д.И. Заболотный**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», главный отоларинголог МЗ Украины
- Д.Д. Иванов**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нефрологии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, главный детский нефролог МЗ Украины
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, главный терапевт, кардиолог, ревматолог МЗ Украины
- В.В. Корпачев**, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии и фармакотерапии эндокринных заболеваний ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко НАМН Украины»
- В.Г. Майданик**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- Б.Н. Маньковский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова МЗ Украины
- В.З. Нетяженко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- В.И. Паньків**, д.м.н., профессор, заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., профессор, заведующий отделом реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., профессор, директор Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины»
- И.М. Трахтенберг**, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, заведующий отделом токсикологии Института медицины труда НАМН Украины
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАН, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко НАМН Украины»
- Ю.И. Фещенко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», главный пульмонолог и фтизиатр МЗ Украины
- Н.В. Харченко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, главный гастроэнтеролог МЗ Украины
- В.И. Цымбалюк**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины»
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., профессор, член-корреспондент НАН Украины, ректор Национального фармацевтического университета МЗ Украины

Учредитель – Иванченко Игорь Дмитриевич

ИЗДАТЕЛЬ – ООО «ЗДОРОВЬЕ УКРАИНЫ»

«Медицина газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»[®]

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова
ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР	Эльвира Сабадаш
ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР	Светлана Сай
МЕДИЦИНСКИЙ ДИРЕКТОР	Алексей Терещенко
МЕДИЦИНСКИЕ РЕДАКТОРЫ	Ольга Радучич Александра Яковец
ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ	Оксана Петренко Галина Теркун
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Андрей Почтаренко
ОТДЕЛ ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Тамара Музыка Сергей Чепур
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА РЕКЛАМЫ	Елена Дудко
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ	Наталья Семенова Инна Головкич Юлия Башкирова Владимир Жданов
АССИСТЕНТ ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА	Зоя Федирко
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА	Ивалин Крайчев

Свідоцтво КВ №15650-4122ПР від 03.09.2009р.
Индекс издания: 35272

Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов. За достоверность фактов, цитат, имен, географических названий и иных сведений отвечают авторы. Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель.

📄 – материалы, публикуемые на правах рекламы.

📄 – авторские материалы.

Перепечатка материалов допускается только с разрешения редакции. Рукописи не возвращаются и не рецензируются.

Адрес для писем:

03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 1.

E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактные телефоны:

Редакция 391-54-71, 391-54-77

Отдел рекламы 391-54-72, 391-54-73(74)

Отдел подписки и распространения 391-54-76

Газета отпечатана в ООО «Полиграфический центр «Крамар», г. Киев, пр-т Московский, 16, оф. 512.

Подписана в печать 30.11.2010 г.

Заказ № 30/1110 Тираж 20 000 экз.

Юридически подтвержденный тираж.