

Знаковое событие в отечественной гастроэнтерологии

XIII Национальная школа гастроэнтерологов и гепатологов Украины, 14-15 апреля



Ежегодное проведение Национальной школы гастроэнтерологов и гепатологов Украины (далее – Школы) уже традиционно является одним из самых ожидаемых событий отечественной гастроэнтерологии. 14-15 апреля Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика уже в тринадцатый раз принимала участников Школы, количество которых было действительно впечатляющим: в течение двух дней различные секции, заседания, симпозиумы посетили более 850 врачей из разных регионов Украины, среди которых были не только узкие специалисты в области гастроэнтерологии и гепатологии, но и врачи смежных специальностей – онкологи, эндоскописты, а также терапевты, педиатры и семейные врачи.

В этом году программа Школы была особенно насыщенной: за 2 дня в общей сложности прозвучало почти 30 докладов и выступлений ведущих отечественных и зарубежных специалистов в области гастроэнтерологии и гепатологии. Увеличивающееся с каждым годом количество участников свидетельствует о чрезвычайной важности этого образовательного проекта для практических врачей.



В рамках первой секции научный руководитель Школы заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор

Наталья Вячеславовна Харченко рассказала об особенностях ведения пациентов с таким распространенным и вместе с тем сложным для лечения заболеванием, как синдром раздраженного кишечника (СРК).

– В структуре гастроэнтерологической патологии около 40% всех случаев обращения за медицинской помощью составляют функциональные заболевания. Во всем мире от проявлений СРК страдают около миллиарда жителей. Частота распространенности этой патологии колеблется от 14-22% до 30-50% взрослого населения, при этом у женщин СРК возникает в 2-4 раза чаще, чем у мужчин. В западных странах распространенность данного заболевания во взрослой популяции составляет 15-20%, в то время как в Украине зарегистрировано лишь 0,1% гастроэнтерологических больных с указанной патологией, что свидетельствует о недостаточной диагностике СРК в нашей стране, а также неумении правильно поставить диагноз. По данным Американской гастроэнтерологической ассоциации, стоимость ежегодной медицинской помощи, полученной больными СРК, оценивалась в 8 млрд долларов, а с учетом количества дней нетрудоспособности эта сумма возрастала до 20 млрд долларов. Своевременное выявление и адекватное лечение пациентов с этой патологией может составлять существенную сложность в гастроэнтерологической практике. Согласно Римским критериям III СРК определяется как распространенная биопсихосоциальная функциональная

патология, диагностика которой основывается на клинической оценке совокупности устойчивых симптомов, относящихся к дистальным отделам кишечника.

В патогенезе СРК могут играть роль такие факторы:

- расстройства моторики;
- нарушение висцеральной чувствительности;
- дисрегуляция центральной нервной системы;
- психопатологические отклонения;
- постинфекционное воспаление;
- иммунная дисфункция;
- пищевая аллергия и пищевая непереносимость и др.

Основным симптомом, который свидетельствует о наличии СРК, остается болевой синдром. Болевые ощущения могут быть следствием повреждения висцеральной нервной системы в условиях изменения состава бактериальной микрофлоры кишечника или в результате перенесенной кишечной инфекции. У 50% пациентов с данной патологией выявлена воспалительная инфильтрация слизистой оболочки кишечника, повышена экспрессия провоспалительных цитокинов. У 30% больных развитие СРК связано с перенесенной кишечной инфекцией, при этом возбудителем чаще всего выступает протозойная инфекция (Отчет Лондонской школы гигиены и тропической медицины, 2009; Институт болезней и общественного здоровья университета г. Анконы, Италия, 2009). На сегодняшний день наиболее изученными являются два вида протозойных инфекций, широко распространенных в индустриальных странах. Так, в различных исследовательских центрах отмечалась высокая частота выявления у больных СРК в первую очередь бластоцистной инфекции – от 18 до 47%, – при этом у больных без этого заболевания бластоцисты обнаруживаются лишь в 7% случаев.

В настоящее время адекватная диагностика инфекционных заболеваний кишечника представляет существенные трудности, что связано с наличием специфических анаэробных условий: почти 80% кишечных бактерий не могут быть выделены обычными бактериологическими методами.

В диагностике СРК важно помнить, что эта патология представляет собой диагноз исключения. Дифференциальную диагностику следует проводить с такими нарушениями, как инфекционный гастроэнтерит (необходимо провести трехкратный анализ кала), воспалительные заболевания кишечника (требуется проведение биопсии), лекарственное поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), целиакия (необходимо определение тканевой трансглутаминазы), непереносимость лактозы, пищевая непереносимость, системный мастоцитоз и др. Для подтверждения диагноза СРК возможно также определение уровня калпротектина, лактоферрина и полиморфнонуклеарной эластазы.

Следует всегда помнить, что недостаточное обследование и неправильно проведенная дифференциальная диагностика могут представлять существенную угрозу для пациента, поскольку СРК может маскировать рак кишечника.



Профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук Г.Н. Тарасова (Россия) в докладе акцентировала внимание на ведении тяжелых гастроэнтерологических пациентов, в частности больных

колоректальным раком (КРР).

– Колоректальный рак – это злокачественная эпителиальная опухоль толстой кишки, которая формируется в результате длительного, многоступенчатого и многофакторного процесса. Это достаточно распространенная патология, которая хорошо поддается лечению: в экономически развитых странах 5-летняя выживаемость пациентов после перенесенного КРР составляет

60%, однако в странах с ограниченными возможностями она, к сожалению, не превышает 40%. Раннее выявление играет чрезвычайно важную роль в успехе излечения КРР и ассоциируется с 15-кратным увеличением выживаемости (D.M. Eddy, 1990).

К факторам риска развития КРР можно отнести:

- возраст пациентов >50 лет;
- особенности питания;
- генетические синдромы:
 - диффузный семейный полипоз;
 - синдром Гарднера-Тернера;
 - синдром Пейца-Егерса;
 - болезнь Тюрке;
- предшествующие заболевания:
 - наличие аденом ободочной кишки;
 - наличие язвенного колита;
 - болезнь Крона ободочной кишки;
 - ранее перенесенный рак ободочной кишки;
 - ранее перенесенный рак наружных половых органов или молочной железы у женщин;
- КРР у родственников.

Золотым стандартом диагностики КРР является гибкая сигмоидоскопия или фиброколоноскопия.

Первичная профилактика КРР включает предупреждение воздействия канцерогенов, нормализацию питания и образа жизни, повышение устойчивости к вредным факторам. Так, при чрезмерном потреблении жира и красного мяса (факторы риска) необходим дополнительный прием пищевых волокон и их компонентов. Нейтрализовать неблагоприятную роль табака и алкоголя в увеличении риска КРР может прием фолатов; уменьшить негативное воздействие ароматических гидрокарбонатов может прием витаминов, а гетероциклических аминов – селен. Всем лицам из групп риска показан прием антиоксидантов, пре- и пробиотиков (F.G. Campos, 2005). Вторичная профилактика заключается в наблюдении за группами риска, выявлении и лечении предраковых заболеваний, ранней диагностике рака. В качестве третичной профилактики необходимо тщательный контроль рецидивов болезни.



Профессор кафедры внутренних болезней № 2 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук Андрей Эдуардович Дорофеев рассказал об особенностях дифференциальной диагностики абдоминальной боли.

– Боль – один из наиболее распространенных симптомов, доставляющих пациентам тяжелые физические и психические страдания. Именно боль является одной из самых частых причин обращения к врачу. Абдоминальная боль – это ведущий симптом, свидетельствующий о наличии органической патологии и/или функциональных расстройств органов пищеварения.

Одним из наиболее частых функциональных нарушений, в том числе у больных с наличием органической патологии органов пищеварения, является спастическая дискинезия гладкой мускулатуры. Так, у 60% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологу, диагностируют заболевания, симптомы которых обусловлены гипермоторной и спастической дискинезией гладкой мускулатуры ЖКТ. Классическим примером клинических проявлений спастической дискинезии кишечника является СРК, а билиарной системы – функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (Э.П. Яковенко, 2009). Вместе с тем важно не упустить «красные флаги», которые могут свидетельствовать о наличии онкологической патологии, – примесь крови в кале, лихорадку, прерывающиеся сон, кишечные расстройства, немотивированное похудение, анемию, лейкоцитоз, повышение СОЭ, симптомы заболевания, впервые возникшие в возрасте старше 50 лет.



Хронический панкреатит как предраковое заболевание поджелудочной железы рассмотрела **заведующая кафедрой внутренних болезней № 1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Наталия Борисовна Губергриц.**

— В последние годы одним из самых неожиданных открытий оказалась взаимосвязь между хроническим панкреатитом и увеличением риска онкологических заболеваний у пациентов. А.В. Lowenfels и соавт. (1993) проанализировали истории болезни 1552 больных хроническим панкреатитом из 6 стран мира и обнаружили, что риск рака поджелудочной железы (РПЖ) у этих пациентов был в 16,5 раза выше по сравнению с общей популяцией (независимо от типа панкреатита — алкогольного или неалкогольного). Доказано, что наличие хронического панкреатита является независимым предиктором онкологической патологии любой локализации: через 10 лет течения хронического панкреатита РПЖ развивается у 2% больных, через 20 лет — у 4% больных. Отмечено также значительное увеличение риска развития рака у пациентов с наследственным панкреатитом.

В наблюдательном исследовании с участием 54 больных из 21 семьи (мутация катионического трипсиногена) у 8 (15%) пациентов развился РПЖ, у 5 (9%) больных — опухоли другой локализации. Риск развития РПЖ у пациентов с наследственным панкреатитом по сравнению с общей популяцией был выше в 53 раза, к 70 годам этот показатель составил почти 40% (А.В. Lowenfels et al., 1997; N. Howes et al., 2004).

Курение также признано независимым фактором риска РПЖ — в наблюдательных исследованиях 30% случаев данной патологии было связано с курением. Так, в США и Европе относительный риск развития этой онкопатологии у курильщиков составляет 1,5-3; в Японии у лиц, выкуривающих 40 и более сигарет в день, отмечалось 10-кратное повышение риска.

С целью определения дополнительных факторов риска развития РПЖ были проанализированы результаты 20 когортных исследований с участием 1,5 млн пациентов с сахарным диабетом (СД) (J. Everhart et al., 1995; M.V. Schneider et al., 2001). Выявлено, что у больных, страдающих СД 5 и более лет, риск РПЖ увеличивался в 2 раза, при этом прием метформина у таких больных уменьшал пролиферацию стволовых клеток и, соответственно, риск развития рака (A.G. Unnikrishnan, 2011). Также доказано, что питание играет существенную роль в модификации риска развития РПЖ. Высококалорийное питание с содержанием большого количества животных жиров, частое употребление кофе могут повышать риск, а регулярный прием в пищу рыбы, большого количества овощей и фруктов (пищевых волокон), витамина С и, возможно, зеленого чая — наоборот, снижать его (J.-M. Lohr et al., 2005).

О сложности диагностики заболеваний поджелудочной железы свидетельствует огромное число лабораторных тестов и инструментальных методов (около 200). Большое значение в дифференциальной диагностике РПЖ и хронического панкреатита имеет исследование содержания опухолюассоциированных белков крови — онкомаркеров. Чувствительность определения СА 19-9 (карбоантигена 19-9) при РПЖ составляет 86%, специфичность — 87%; его средний уровень в крови при РПЖ — 228 нг/мл (6,9-70 000 нг/мл). У 13% больных хроническим панкреатитом также возможно увеличение показателя, но не более 120 нг/мл (норма — до 37 нг/мл). Уровень СА 19-9 коррелирует со стадией, резектабельностью РПЖ, метастазированием и продолжительностью жизни больных после операции.

СЕА (раково-эмбриональный антиген) — еще один маркер, чувствительность которого при РПЖ составляет 64%, специфичность — 33%. При хроническом панкреатите возможно увеличение показателя, но не более 10 нг/мл (норма — до 5 нг/мл). При РПЖ наблюдаются мутации генов p53 и K-ras в панкреатическом секрете. Для снижения риска РПЖ и улучшения диагностики



заболевания на ранних стадиях согласно Консенсусу по профилактике, скринингу и лечению РПЖ (г. Милан, 2001) пациентам из групп высокого риска рекомендуется полный отказ от потребления алкоголя и табака, отказ от панкреатотоксических медикаментов, коррекция гипертриглицеридемии и гиперкальциемии, ежегодное эндоскопическое УЗИ после 40 лет.

В заключение профессор Н.В. Харченко отметила, что проблема диагностики и лечения предраковых заболеваний является крайне актуальной в Украине и во всем мире: распространенность онкопатологии органов ЖКТ ежегодно увеличивается. Именно поэтому большое внимание уделялось возможностям профилактики рака. К счастью, наука не стоит на месте, и сегодня в распоряжении врачей имеются высокотехнологичные методы диагностики, позволяющие выявить заболевание на ранней стадии. В последующих публикациях «Медицина газета «Здоров'я України» планирует представить наиболее интересные доклады, прозвучавшие в рамках Школы.

Подготовила **Татьяна Канцидайло-Спринсян**



«Берлин-Хеми Менарини»: на позициях содействия и сотрудничества

19 апреля при поддержке представительства компании Berlin-Chemie/Menarini состоялся пресс-ланч, посвященный актуальным проблемам гастроэнтерологии. Целью мероприятия было предоставить практическим врачам и представителям ведущих СМИ информацию о новейших научных разработках в этой области.



Директор по маркетингу компании «Берлин-Хеми Менарини» **Сергей Анатольевич Орлик** проанализировал состояние современного фармацевтического рынка Украины, акцентировав внимание на его достижениях, проблемах и перспективах развития. Компания «Берлин-Хеми Менарини» — один из лидеров мирового фармацевтического производства, в портфеле продуктов которого самые современные лекарственные средства, применяемые специалистами во многих странах мира. Одно из важнейших направлений деятельности компании «Берлин-Хеми Менарини» — сотрудничество с врачами, целью которого является содействие практическим специалистам в получении новейших знаний и обмен опытом.

Профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук **Сергей Михайлович Ткач** рассказал о современных подходах к терапии пациентов с патологией пищеварительной системы.

Говоря об особенностях лечения гастроэнтерологических заболеваний с позиций современных мировых научных данных, докладчик акцентировал внимание присутствующих на том, что в ходе недавно состоявшихся масштабных мероприятий, таких как Американская и Европейская гастрононедели, Бостонский конгресс по заболеваниям печени и др., были подытожены фундаментальные достижения гастроэнтерологии, гепатологии и панкреатологии, намечена тактика ведения пациентов. Помимо этого, С.М. Ткач остановился на новых возможностях медикаментозного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, неалкогольной жировой болезни печени и поджелудочной железы, хронического панкреатита, функциональной диспепсии, пептических

язв с учетом данных доказательной медицины. Особое внимание было уделено преимуществам применения таких ферментных препаратов, как Мезим форте и Пангрол при лечении внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.



Доцент кафедры клинической иммунологии и аллергологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук **Людмила Станиславовна Осипова** посвятила доклад взаимосвязи хронического панкреатита и аллергической патологии.

В настоящее время доказано, что 98% аллергических состояний ассоциируются с сопутствующими заболеваниями пищеварительной системы. В патогенезе аллергической и псевдоаллергической патологии значительная роль принадлежит холестазу (как состоянию дискинезии), что приводит к повреждению клеток печени. Докладчик рассказала о стандартах лечения псевдоаллергии, пищевой непереносимости, отметив, что тактика ведения пациентов с аллергическими заболеваниями подразумевает обязательное лечение холестаза, устранение вторичной панкреатической недостаточности с применением желчегонных препаратов, ферментов поджелудочной железы, гепатопротекторов, пеногасителей.

Л.С. Осипова отметила, что применение Энерлива не несет дополнительной аллергической нагрузки. Кроме того, она остановилась на необходимости компенсации внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы современными ферментными препаратами, такими как Мезим форте и Пангрол.

Подготовила **Наталья Пятница-Горпинченко**

