

## ХІІ ОБЪЕДИНЕННАЯ ЕВРОПЕЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

Уже стало хорошей традицией то, что на ежегодных гастроэнтерологических неделях, собирающих, как правило, около 3000 участников со всего мира, численность делегатов увеличивается. В этот раз украинская делегация была наиболее многочисленной. В 2004 году 12-я объединенная гастроэнтерологическая неделя проходила в Праге с 25 по 29 сентября. Общей тематикой съезда была ранняя диагностика и лечение предраковых состояний и злокачественных новообразований пищеварительного канала.

Однако такие проблемы, как функциональная диспепсия, синдром раздраженной кишки (СРК), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, также не были оставлены без внимания. Несколько в другом аспекте, чем раньше, прозвучала проблема инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). И на этот раз вопросы диагностики и подбора альтернативных эрадикационных схем не обсуждали, как это было и на предыдущих гастроэнтерологических неделях (Мадрид, 2003 и Женева, 2002), поскольку справедливо отмечалось, что Маастрихтский консенсус 2-2000 достаточно хорошо зарекомендовал себя с позиций как диагностики, лечения, та и вылечивания больных с пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, и вносить какие-либо изменения нецелесообразно. Внимание уделялось преимущественно патофизиологическим механизмам, лежащим в основе тех или иных клинических вариантов этой инфекции. В частности, сообщалось, что по предварительным данным, местный Т-клеточный иммунный ответ с выделением различных цитокинов отличается у пациентов с хроническим гастритом типа В (выделяются интерферон- $\gamma$ , ИЛ-4 и ИЛ-13) и раком желудка (выделяются ИЛ-4 и/или ИЛ-13). Был отмечен тот факт, что у пациентов, не ответивших ранее на антихеликобактерную терапию, не было выявлено местного Т-клеточного ответа. Таким образом, снижение активности местного иммунитета может быть одним из факторов, обуславливающих неудачную эрадикацию *H. pylori*.

В 1994 г. была официально принята и рекомендована для клинической практики Лос-анджелеская классификация рефлюкс-эзофагитов. В этой связи прозвучал доклад «ЛА-классификация: 10 лет спустя». Был сделан акцент на то, что минимальные изменения в слизистой оболочке пищево-

да — эритема, рыхлость, отек, сосудистый рисунок — не могут быть достоверными критериями эзофагита. Таким образом, такое понятие, как «катаральный эзофагит», которое до сих пор используют в украинской клинической практике, согласно современным представлениям, права на существование не имеет. Под повреждением слизистой оболочки следует подразумевать участок эритемы или скарификации с четкой демаркационной линией, отграничивающей его от окружающих тканей, так как именно такие изменения свидетельствуют о пептическом эзофагите. Это подтверждают результаты исследований с использованием гистологического и ультрамикроскопического методов. В отношении ЛА-классификации было отмечено, что такая градация коррелирует с показателями рН-мониторинга. Десятилетний опыт ее использования наряду с усовершенствованием эндоскопической техники способствовал лучшему пониманию проблемы ГЭРБ и пищевода Барретта. Кроме этого, классификация сочетает в себе высокую клиническую значимость и простоту (для запоминания и понимания эндоскопистами и гастроэнтерологами). Однако, возможно, исследователи еще усовершенствуют ее.

В Праге впервые была предложена новая эндоскопическая классификация пищевода Барретта (предварительный вариант) — так называемые пражские критерии С&М. Проведенное в начале заседания интерактивное голосование показало, что большинство участников съезда согласны с тем, что разделения понятия «пищевод Барретта» на два варианта — короткий и длинный сегменты — недостаточно, и клиническое значение имеет само наличие кишечной метаплазии эпителия пищевода, а вероятность диспластических изменений прямо пропорциональна площади метаплазии. Поэтому и было предложено оценивать площадь метаплазии по двум критериям: С (*circumference* — распространенность метаплазии по окружности пищевода) и М (*maximal length* — длина максимального участка метаплазии по длине пищевода). На этом же заседании активно обсуждали проблему эндоскопической трактовки местоположения пищевода-желудочного перехода. Интерактивное голосование показало достаточно значимую вариативность такой трактовки разными эндоскопистами. После этого были представлены данные нескольких исследований, показывающие, что наибо-

лее приемлемо считать границей между пищеводом и желудком условную циркулярную линию, соединяющую проксимальные концы складок желудка.

В процессе обсуждения на гастроэнтерологической неделе проблем ГЭРБ и пищевода Барретта были приведены данные о том, что аденокарцинома пищевода осложняет ГЭРБ в 0,01% случаев. Обсуждали следующие пути ее предотвращения у больных с пищеводом Барретта: эндоскопическое наблюдение; антисекреторная терапия ингибиторами протонной помпы и антирефлюксная хирургия; эндоскопическое лечение и химиопрофилактика. *Если все остальные способы достаточны известны, то химиопрофилактика — достаточно новый подход к этой проблеме. В этом случае используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), особенно циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) селективные, а также эстрогены и антиоксиданты.* Было показано, что совместное использование ингибиторов ЦОГ-2 и ингибиторов протонной помпы (ИПП) приводит к полной регрессии диспластических изменений при дисплазии низкой степени у больных с коротким сегментом пищевода Барретта. Однако для внедрения такой химиопрофилактики в широкую клиническую практику данных пока недостаточно, поэтому *для пациентов с пищеводом Барретта в целях предупреждения рака пищевода пока была рекомендована следующая тактика: интенсивная терапия ИПП или фундопликация + эндоскопическое наблюдение. Если нет дисплазии, то каждые 3 года, если она низкой степени — каждый год, при фокальной дисплазии высокой степени — каждые 3 мес, в случае мультифокальной дисплазии — хирургическое или эндоскопическое лечение (резекция слизистой оболочки, фотодинамическая терапия).*

Секционное заседание по проблеме функциональных заболеваний пищеварительного канала проходило под оригинальным эпиграфом, взятым из высказываний Сократа: «Мы знаем лишь то, что ничего не знаем». Действительно, обнадеживающих данных не получено в результате многих исследований проблем функциональной дисфагии, боли в грудной клетке некардиального происхождения, функциональной рвоты, функциональной диспепсии, синдрома раздраженной кишки, функциональной абдоминальной боли, дисфункции желчного пузыря и/или сфинктера Одди, функциональной аноректальной боли и недержания кала. *Высокий плацебоэффект в этих исследованиях (21—58%) дает повод говорить только о значительной роли психологического фактора, в частности дистимии (нарушений настроения) и поведенческих расстройств у этих больных.* Были приведены сводные данные по проблеме СРК, полученные при 6 исследованиях (всего 5952 пациента). Отдаленные результаты 8-летнего наблюдения показали, что симптомы остались у 88% пациентов, несмотря на активную терапию с использованием как нефармакологических методов, так и препаратов самых разных фармакологических

групп: слабительных, спазмолитиков, прокинетики, 5-НТ-3-антагонистов и 5-НТ-4-агонистов, противодиарейных средств. *Наибольший эффект по сравнению с плацебо дала дифференцированная терапия с помощью слабительных, спазмолитиков и антидепрессантов.* Из немедикаментозных методов при СРК рекомендованы: модификация образа жизни, диетотерапия, психотерапия, гипнотерапия, однако преимуществ психотерапии перед каким-либо другим видом лечения не выявлено. Что касается антисекреторного лечения в случае функциональной диспепсии, то незначительное преимущество здесь отдано ИПП, однако все исследования с прокинетики, H<sub>2</sub>-блокаторами и ИПП засвидетельствовали очень большой плацебоэффект (в исследовании с прокинетики — 41%, с H<sub>2</sub>-блокаторами — 40%, с ИПП — 22%).

При болезни Крона перспективным считается использование новых противовоспалительных препаратов — блокаторов молекул селективной адгезии, которые препятствуют миграции лейкоцитов из сосудистого русла в очаг воспаления.

На выставке, проходившей в рамках Объединенной Европейской гастроэнтерологической недели, фирмой Wagner были представлены новые дыхательные тесты для диагностики ВИЧ-инфекции. Суть метода заключается в изучении основного обмена с использованием меченых изотопов. Методы основаны на применении <sup>13</sup>C-гидрокарбоната (<sup>13</sup>C-гидрокарбонатный метод). Есть и метод с вдвойне меченой водой (<sup>2</sup>H и <sup>18</sup>O).

Фирма Oridion (Израиль) предложила дыхательные тесты для определения опорожнения желудка (скорости эвакуации). Этот показатель изменяется при сахарном диабете, болезни Паркинсона. Исследование функции печени (субстрат не указывался) позволяет выявить ее недостаточную детоксикационную функцию, что характерно для вирусного гепатита В и С, а также заболеваний печени алкогольной этиологии и определения состояния печени у пациентов перед и после трансплантации.

На стенде фармацевтической фирмы «Ferring» демонстрировали препарат «Глипрессин» (Glypressin). Его применяют при кровотечении из расширенных вен пищевода. Это вазоактивный препарат. Он уменьшает давление и кровоток в варикозно расширенных венах пищевода, тем самым прекращая кровотечение.

Фирма Biohit (Финляндия, Хельсинки) представила новые иммуноферментные методы — неинвазивные, безопасные и удобные для пациента. Новинкой явилась гастропанель (гастроаналит). Моноклональные антитела, используемые в гастропанели, высоко специфичны к их антигенам. Гастропанель позволяет диагностировать H. pylori и атрофический гастрит, определить степень и локализацию атрофии (тело, антрум); провести дифференциальную диагностику при диспепсии, определить риск рака желудка, пептической язвы, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищевода Барретта.

С помощью гастронобора можно определить:

- пепсиноген I — биомаркер атрофического гастрита в теле желудка;
- пепсиноген I / пепсиноген II — биомаркер атрофического гастрита в теле желудка;
- гастрин 17 — атрофический гастрит в антральном отделе желудка;
- H. pylori IgG антитела — биомаркер H. pylori инфекции.

Набор для диагностики целиакии состоит из:

- антиглиадин IgG;
- антиглиадин IgA;
- антитрансглутаминаза IgA;
- антитрансглутаминаза IgG;
- антиэндомизимум IgA.

Набор для диагностики неспецифических воспалительных заболеваний кишечника:

- Anti-Saccharomyces IgA;
- Anti-Saccharomyces IgG;
- Антинейтрофильной цитоплазмы антитела.

Важно отметить, что антитела к антинейтрофильной цитоплазме выявляют у 70% больных язвенным колитом, а Anti-Saccharomyces IgG и Anti-Saccharomyces IgA в 50—70% случаев ассоциированы с болезнью Крона.

Истинным украшением выставки были стенды ведущих мировых компаний-производителей эндоскопической техники (Olympus, Fujinon, Symbionix), представивших новые системы.

Естественно, с развитием гастроэнтерологии третьего тысячелетия, в том числе и эндохирургических технологий, возрастают и требования к качеству эндоскопического изображения (возможности его сохранения без потерь, легкость и быстрота поиска и удобство использования полученной информации). В связи с этим компания Olympus представила цифровую видеоинформационную систему Olympus Visera, позволяющую получать изображение высочайшего качества (свыше 640 строк), сохранять и передавать его в цифровом формате, использовать встроенные функции в процессе осмотра. Концепция встроенных функций «Olympus Visera» позволяет врачу выбрать систему с нужными характеристиками, использовать разнообразный спектр эндоскопического оборудования — от видео-

лапароскопов, телескопов, фиброскопов до гибких видеоскопов для всех областей эндотерапии и хирургии. Цифровой формат изображения позволяет сохранять, редактировать и передавать фото- и видеоизображение без потерь качества.

Система Exera V-score позволяет на высоком уровне и в кратчайшие сроки проводить ретроградные панкреатохолангиографии, сфинктеротомии. Она оснащена дополнительными манипуляторами, облегчающими и укорачивающими сроки обследования пациентов, тем самым сводя до минимума лучевую нагрузку. Учитывая, что колоноскопия является одним из самых сложных методов исследования толстой кишки, Olympus презентовал новую тренировочную систему для обучения методике коноскопии: Olympus Colonoscopy Simulator. Фирма Fujinon представила видеосистему Super CCD 490 series, позволяющую детализировать (увеличивать) изображение в различных режимах осмотра. Проведена презентация двойного баллонного метода осмотра тонкой кишки (Double Balloon Endoscopy) с помощью Enteroscope EN-450P5/20 Specifications.

Компания Symbionix (Израиль) представила компьютерный помощник эндоскописта «GL Mentor system». Эта система позволяет с помощью видеоскопа проводить интерактивные обучающие гастро- и колоноскопии, ретроградную холецисто-панкреографию, полипэктомию, остановку кровотечения из пищеварительного канала. Открытие такого учебного центра в Украине позволило бы значительно повысить квалификацию наших гастроэнтерологов и эндоскопистов.

В заключение хотелось бы сказать, что посещение таких мероприятий должно стать неотъемлемой частью работы украинских гастроэнтерологов, которые должны выходить на мировой уровень знаний, полученных согласно принципам доказательной медицины. Будем надеяться, что в недалеком будущем проведение такого мероприятия станет возможным и в нашей стране. Не только надеяться, но и работать для этого. Следующая же 13-я гастронеделя состоится в Копенгагене и Мальвах. Информацию о ней можно получить на сайте [www.uegf.org](http://www.uegf.org).

**Информацию подготовили**

**В.Г. Перегерий, Ю.Г. Кузенко, В.П. Шипулин,  
В.В. Чернявский, В.В. Тищенко**

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев  
Кафедра факультетской терапии № 1*