

По материалам 14-го Международного «Санкт-Петербург –

14-16 мая 2012 года в г. Санкт-Петербург проходил 14-й Международный Славяно-Балтийский научный форум «САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – ГАСТРО-2012». В работе форума приняли участие представители Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Научного общества гастроэнтерологов России, РАМН. За три дня форум посетило 2350 специалистов из 16 стран мира: России, Казахстана, Беларуси, Украины, Хорватии, Австрии, Ирландии, США, Великобритании, Латвии, Испании и других стран.

В программе форума:

- 14-я Международная научная конференция «Гастроэнтерологические и гепатологические аспекты врачебной практики»;

- Юбилейное заседание, посвященное 10-летию Российской группы по изучению воспалительных заболеваний кишечника;

- Пленарное заседание, посвященное новым технологиям в гастроэнтерологии и гепатологии;

- Заседание Санкт-Петербургского «Гастро-Интеллект-Клуба»;

- Симпозиумы, посвященные обсуждению общих вопросов гастроэнтерологии и гепатологии, путей оптимизации организации специализированной медицинской помощи: общетерапевтических, гастроэнтерологических, эпидемиологических, инфектологических и военно-медицинских аспектов. Работали секции, на которых обсуждались проблемы диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта, заболеваний печени, поджелудочной железы. Рассматривались вопросы функционального питания, современных возможностей разгрузочно-диетической терапии, применения пробиотиков, пребиотиков и синбиотиков в практике врача, актуальные вопросы детской гастроэнтерологии и питания, онкологических заболеваний органов пищеварения и многие другие; на симпозиуме, посвященном вопросам диагностики и лечения болезней эзофагогастродуоденального отдела желудочно-кишечного тракта, в качестве председателя выступила наша соотечественница, президент РОО «Ассоциация Гастроэнтерологов РК», д.м.н., профессор **Роза Рахимовна Бектаева**;

- Симпозиум по итогам VII Международного конкурса молодых ученых имени профессора Е.С. Рысса, на котором прозвучали доклады, освещавшие новые технологии в гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии.



На симпозиуме, посвященном вопросам гепатологии, выступил д.м.н., профессор кафедры микологии, аллергологии и иммунологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова **Михаил Александрович Шевяков**. Он рассказал о вопросах, которые задают себе микологи в процессе лечения своих пациентов. Какова вероятность, что при назначении препарата возникнет

правильный эффект? Рисковать или не рисковать? Кто в группе риска? Как диагностировать и лечить лекарственные поражения печени? Какую при этом рекомендовать диету? И что все-таки делать после того, как учтены все потенциальные риски?

Гепатотоксические реакции описаны для более 1000 препаратов, до 25% всех случаев фульминантной печеночной недостаточности связано с лекарствами. Побочные эффекты при применении антифунгальных средств – одна из самых актуальных проблем клинической микологии. В любом случае необходимо различать панические атаки (учитывая мнительность пациентов), диспепсические явления, провоцируемые антифунгальными препаратами (боль в животе, тошнота, функциональное расстройство желчевыводящих путей, запор и пр.) и собственно гепатотоксичность.

Почему после отмены препарата, который вызвал лекарственное поражение печени, продолжается активный холестатический процесс? Михаил Александрович считает, это связано с тем, что любые препараты, назначаемые в данном случае, потенциально являются ксенобиотиками. Печень, осуществив каскад окислительных реакций, опосредованных цитохромами P450, произведет первую дезинтоксикацию. В этот момент возникнет большое количество свободных радикалов. Печень попытается их связать, в частности, конъюгировать эти свободные радикалы с глутатионом, сульфатом или глюкурономидом. Если она сможет это сделать – процесс остановится, если же запас буферных веществ недостаточный, свободные радикалы вызовут неприятные последствия – повреждение различных тканей, возникновение «лишних митозов» (а это – угроза развития рака) и запуск токсического гепатита.

Одна из главных проблем клинической микологии, по словам профессора – это резистентность к антимикотикам. Грибы как бы «учатся не воспринимать лекарства» с течением времени. С этой проблемой прекрасно справляются эхинокандиды, которые применяют для лечения инвазивных микозов и микозов, резистентных к лечению азолами. Но и эхинокандиды могут также оказывать неблагоприятные воздействия на организм больного, в том числе вызвать повышение в сыворотке крови активности АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, прямого и общего билирубина.



Со слов Михаила Александровича, полиеновые антимикотики, назначаемые внутривенно – самые тяжелые препараты за всю историю клинической микологии, они часто вызывают повышение активности печеночных ферментов, их применение запрещено при нарушениях функции печени и почек.

Диагностика лекарственного повреждения печени основана на клинических данных (слабость, желтуха, синдром «правого подреберья»), биохимических исследованиях крови (превышение уровня АСТ, АЛТ, билирубин, гамма-ГТП, щелочной фосфатазы), а так же на данных УЗИ, эластографии, КТ и МРТ печени, в некоторых случаях – морфологических исследованиях биоптатов печени.

Первый, и главный принцип лечения лекарственных поражений печени, говорит профессор, – это применение гепатопротекторов с доказанной эффективностью. В ряде случаев потребуются отмена антифунгального средства. При назначении большинства антифунгальных препаратов целесообразно проводить контроль уровня биохимических показателей функции печени в крови не реже 1 раза в месяц. Очень важно, подчеркивает Михаил Александрович,

что пациент *должен* быть информирован о потенциальном риске при приеме препарата и обязан строго соблюдать безалкогольный образ жизни.

При приеме тяжелых препаратов обязательно соблюдение диеты: необходимо исключить ксенобиотики и алкоголь, продукты, способствующие развитию функциональных нарушений в желчевыводящих путях, рекомендовать пациенту пищевые антиоксиданты.

В своем выступлении профессор привел также примеры морфологических изменений, вызываемых лекарствами (см. таб.).



Президент «Ассоциации гастроэнтерологов РК», д.м.н., профессор **Роза Рахимовна Бектаева** выступила с докладом «Пищевод Барретта: возможности консервативного лечения».

Частота аденокарциномы пищевода сегодня достигает 50% от общего числа пациентов со злокачественными опухолями этого органа. Выделение пищевода Барретта как одного из самых

Славяно-Балтийского научного форума Гастро-2012»

серьезных осложнений очень важно в истории, потому что риск развития аденокарциномы это осложнение увеличивает до 150 раз. Роза Рахимовна обращает внимание на то, что в статистике выживаемости раковых больных в Казахстане на первом месте находится рак легких, на втором – рак желудка, далее – рак пищевода. Удельный вес аденокарциномы пищевода в Казахстане неуклонно растет. В 70-е годы прошлого века этот показатель составлял 18%, к 2000 г. он достиг 31%. Среди предраковых состояний и заболеваний по степени вероятности развития рака на первом месте находится пищевод Барретта (вероятность развития рака – до 90%).

Частота выявления пищевода Барретта – до 12% среды пациентов с ГЭРБ, менее 1% среди всех пациентов, проходящих эндоскопию по различным показаниям. При длительном течении и отсутствии адекватного лечения этого заболевания развиваются серьезные осложнения. Таким образом, пищевод Барретта обладает достоверно высоким канцерогенным потенциалом, является облигатным предраком и при прогрессировании становится основой роста аденокарциномы. Однако по результатам казахстанских исследований, ни у одного пациента с пищеводом Барретта, получавшего терапию ИПП, не отмечалось развития злокачественных образований в пищеводе.



В рамках симпозиума, посвященного исследованиям в области диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта по выдыхаемому воздуху, выступила вице-президент Украинского общества целиакии, д.м.н., профессор **Елена Юрьевна Губская** с докладом «Роль и место дыхательных тестов в оптимизации лечения больных целиакией».

Целиакия (глютеновая энтеропатия) – заболевание тонкой кишки, единственным методом лечения которого на сегодняшний день является безглютеновая диета (БГД), основанная на полном исключении из рациона питания больного продуктов, содержащих основной белок злаков (пшеницы, ячменя, ржи, овса) – глютен. Цель диеты – прекращение патологического аутоиммунного процесса в организме больного, ведущее к постепенному восстановлению пораженной слизистой оболочки тонкой кишки, а впоследствии – к исчезновению клинических проявлений заболевания и нормализации общего состояния.

Высокая эффективность БГД, как правило, не требует дополнительного включения в терапию лекарственных препаратов, говорит Елена Юрьевна. Однако имеющийся опыт ведения больных целиакией свидетельствует о том, что не во всех случаях удается достичь полной ремиссии заболевания, что побуждает к дополнительному обследованию и, при выявлении причин – к обоснованной коррекции терапии.

В клинике внутренней медицины, в особенности – в гастроэнтерологии, в этих целях широко используются дыхательные тесты. На кафедре внутренней медицины №1 Национального медицинского университета имени А.А.Богомольца (г. Киев) дыхательные тесты применяются с 1997 года для диагностики не только заболеваний желудочно-кишечного тракта, но и других патологий внутренних органов. Например, тест с мочевиной применяется для диагностики инфицированности *Helicobacter Pylori*, триглицеридный и амилазный – для диагностики заболеваний поджелудочной железы, метациновый – детоксикационной функции печени, бикарбонатный – для оценки основного обмена. Водородные дыхательные тесты используются в диагностике энтеропатий, дисахаридазной недостаточности, синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке и т.д. Исследования различных



авторов показали, что дыхательные тесты, в частности, тест с сорбитолом, отражают степень восстановления структуры слизистой оболочки на фоне БГД, а значит, могут рекомендоваться в качестве простых и доступных методов оценки эффективности лечения.

Елена Губская рассказала о результатах исследования, в котором выяснились причины персистенции клинической симптоматики у 41 больного целиакией, находившихся на БГД в течение 6 месяцев. Основной причиной недостаточной эффективности лечения было нарушение диеты, выявленное у 63,4% обследованных. Пересмотр потребляемых продуктов питания позволил достичь полной серологической ремиссии (нормализации титров специфических для целиакии антител).

У тех пациентов, которые строго придерживались диеты, авторами исследования был проведен дополнительный анализ причин персистенции клинической симптоматики при помощи современных углеродного и водородного дыхательных тестов. В результате было установлено, что причинами отсутствия полной ремиссии у больных целиакией являются внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы (19%), синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке (16%), лактазная недостаточность (47%) и комбинация ВВПЖ с СИБР. Таким образом, считает Елена Юрьевна, включение в комплексное обследование больных целиакией дыхательных тестов (С13-триглицеридного, водородного с лактозой и d-ксилозой) может значительно улучшить результаты лечения и сократить сроки наступления клинической ремиссии.

Подробнее о материалах конференции читайте в следующих номерах

Подготовила Анна Никитина



Морфологические изменения, вызываемые лекарствами

Изменения	Класс лекарств
Жировая дистрофия	Антибиотики Блокаторы рецепторов эстрогенов Противоопухолевые Противовирусные
Цитоллиз	Общие анестетики Противосудорожные Гипотензивные Антибиотики Диуретики Антидепрессанты НПВС Антимикотики Противовирусные Антагонисты кальция Блокаторы рецепторов андрогенов
Цитоллиз и холестаз одновременно	Иммунодепрессанты Гиполипидемические (статины)
Некроз Гранулемы	Анальгетики НПВС Антибиотики Ингибиторы ксантиноксидазы Антиаритмические Противосудорожные