



## Гастроентерологія

## Гепатологія

## Колопроктологія



№ 2 (60) 2021 р.  
15 000 примірників\*  
Передплатний індекс 37635



Член-кореспондент  
НАМН України  
**Наталія Харченко**

**XXIII Національна школа  
гастроентерологів,  
гепатологів України –  
найочікуваніша наукова  
подія року**

Читайте на сторінці **4**



Доктор медичних наук,  
професор  
**Марина Щербиніна**

**Рак стравоходу:  
сучасний погляд  
на проблему**

Читайте на сторінці **12**



Доктор медичних наук,  
професор  
**Ольга Белоусова**

**Інновації в дитячій  
гастроентерології  
та нутриціології  
в практиці педіатра  
і сімейного лікаря**

Читайте на сторінці **26**



Кандидат медичних наук  
**Андрій Безносенко**

**Сучасна колопроктологія  
через призму  
місяця боротьби  
з колоректальним раком**

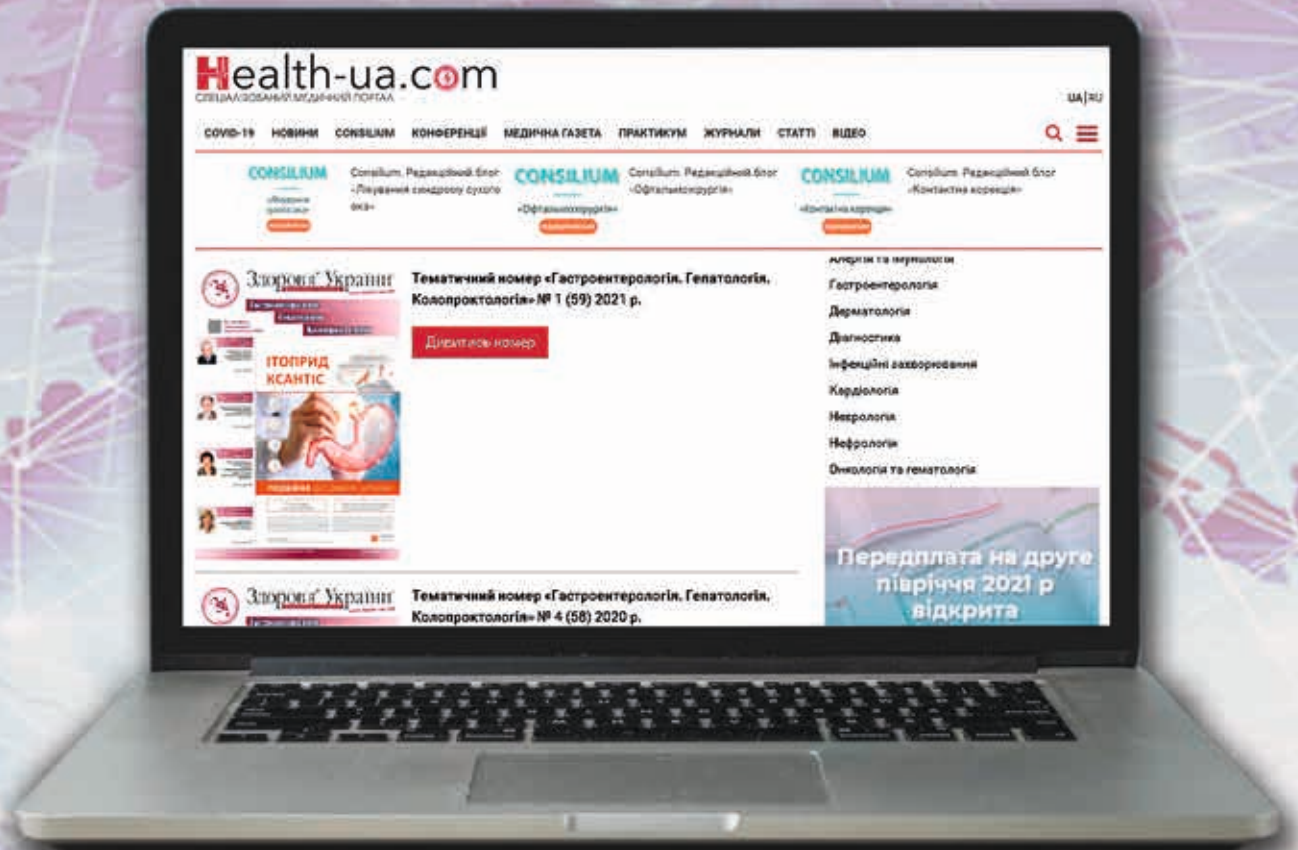
Читайте на сторінці **18**



**Новини**

**COVID 19  
у гастроентерології:  
що відомо  
на сьогодні?**

Читайте на сторінці **31**



**Всі випуски тематичного номера**

**«Гастроентерологія.  
Гепатологія. Колопроктологія»  
на порталі:**

**Health-ua.com**  
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ





# XXIII Національна школа гастроентерологів, гепатологів України — найочікуваніша наукова подія року



**Кількість захворювань, пов'язаних із нераціональним харчуванням та порушенням роботи шлунково-кишкового тракту (ШКТ), невпинно зростає. Тому перед лікарями постає багато питань: які методи профілактики гастроентерологічної патології найдоцільніше використовувати, як уберегти пацієнта від переходу захворювання у хронічну форму, як підібрати оптимальну схему діагностики, лікування**

**та харчування для конкретної людини? А в теперішній час особливо актуальними стають знання про особливості перебігу та терапії хворих на COVID-19, які мають гастроентерологічну симптоматику. На ці та багато інших запитань лікарі різних спеціальностей мали змогу отримати відповіді на одному з найбільших симпозиумів із міжнародною участю в нашій країні — XXIII Національній школі гастроентерологів, гепатологів України «Коморбідні стани в гастроентерології, мультидисциплінарний підхід. Академія здорового харчування». Школа відбулася 8-23 квітня 2021 р. за ініціативи Національного університету охорони здоров'я України (НУОЗУ) ім. П.Л. Шупика та Української гастроентерологічної асоціації (УГА).**



університету охорони здоров'я України (НУОЗУ) ім. П.Л. Шупика та Української гастроентерологічної асоціації (УГА).

Карантинні обмеження, пов'язані з пандемією COVID-19, тривають, і проведення масових заходів цього року також під забороною. Проте завдяки наполегливості організаторів вдалося успішно повторити минулорічний досвід та провести цю довгоочікувану подію в онлайн-форматі — абсолютно безпечно для всіх учасників. Симпозиум був представлений різними секціями. Під час прямої трансляції учасники мали змогу поставити запитання провідним українським та європейським фахівцям в галузі гастроентерології, а ті, хто не міг бути присутнім онлайн, отримали доступ до усіх доповідей у записі. На сесіях Національної школи гастроентерологів, гепатологів України виступили провідні українські фахівці, а також авторитетні спікери з Іспанії, Японії. Крім гастроентерологів, виступили й спеціалісти суміжних спеціальностей: кардіологи, генетики, лікарі лабораторної діагностики, променевої діагностики, ендоскопісти, психіатри та інші. Це дозволило максимально всебічно висвітлити проблему коморбідної патології. Виступи спікерів конференції мали неабияку цінність для лікарів-гастроентерологів, сімейних лікарів, терапевтів, ендоскопістів, педіатрів, дієтологів, інфекціоністів та представників інших медичних спеціальностей.

Директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпро), віцепрезидент УГА, доктор медичних наук, професор **Юрій Миронович Степанов** привітав учасників симпозиуму з початком роботи та зазначив, що цей захід вже давно набув широкої популярності серед лікарів та науковців нашої країни. Високий фаховий та представницький рівень учасників сприяє оптимізації спільної діяльності лікарів різних профілів. Юрій Миронович побажав слухачам творчих здобутків та успіхів.



Президент УГА, проректор із науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» (Полтава), доктор медичних наук, професор **Ігор Миколайович Скрипник** наголосив, що проведення Національної школи гастроентерологів, гепатологів України вже стало доброю традицією, та зауважив, що популярність заходу в медичній спільноті свідчить про її високий фаховий рівень. Професор висловив подяку Наталії В'ячеславівні за чудову організацію симпозиуму.

Після цього було оголошено результати конкурсу наукових робіт на отримання наукового гранту Фонду досліджень мікробіоти Voicodex, який проводився у 2020 р.

На симпозиумі були представлені доповіді, що стосувалися захворювань органів гастроудоденальної зони, особливостей порушень функцій печінки у хворих із коморбідним станом, ведення пацієнтів із цирозом печінки, деяких питань панкреатології, функціональних та запальних захворювань кишечника, можливостей інструментальних методів діагностики ШКТ, а також зв'язку COVID-19 із гастроентерологічною патологією. Особливу зацікавленість у слухачів викликали доповіді Н.В. Харченко: «Особливості ведення пацієнтів із кислотозалежними захворюваннями в сучасних умовах», «Порушення функцій печінки та їх корекція після COVID-19», «Особливості впливу вірусу SARS-CoV-2 на біоценоз кишечника та шляхи корекції», майстер-клас «Особливості порушень мікробіоти та їх корекція у пацієнтів старшої вікової групи». У рамках Академії здорового харчування були представлені доповіді «Дієтичне харчування при захворюваннях печінки» (практичне керівництво ESPEN, 2020) та «Деякі помилки та спірні питання в рекомендаціях лікаря-дієтолога». Наталія В'ячеславівна зауважила, що однією з важливих і частих помилок у рекомендаціях щодо харчування є нутриціонізм — підхід до споживання їжі, що базується лише на основі

характеристик поживних та хімічних елементів. Але людський організм — це щось значно більше та складніше, ніж сукупність різноманітних речовин, тому така тактика не може бути правильною. Праця лікаря-дієтолога повинна бути комплексною і базуватися на знаннях у галузі гастроентерології, біохімії, мікробіології, фізіології, ендокринології, патофізіології та навіть психології. У нашій країні, згідно з класифікатором професій, немає спеціальностей нутриціолог та дієтолог, а є лікар-дієтолог, який і повинен займатися дієтотерапією, питаннями профілактичного та лікувального харчування, його корекцією. І таких фахівців у нашій країні насправді не так багато, адже їх навчає єдина в Україні кафедра гастроентерології, дієтології та ендоскопії НУОЗУ ім. П.Л. Шупика, яку вже 24 роки незмінно очолює Наталія В'ячеславівна Харченко.

Надзвичайно актуальною в теперішній час пандемії COVID-19 стала лекція Н.В. Харченко на тему «Особливості впливу вірусу SARS-CoV-2 на біоценоз кишечника та шляхи корекції»:

— Сьогодні доведено, що вірус SARS-CoV-2 негативно впливає на всі органи та системи людського організму, зокрема і кишечник. Пацієнтів із COVID-19 найчастіше можуть турбувати біль у животі, діарея, анорексія, нудота, здуття. Важливо, що симптоми можуть проявлятися і через 2 тижні після виписки пацієнта зі стаціонару. Також у людей, що перенесли COVID-19, спостерігаються зміни мікробіоти кишечника, які корелюють із тяжкістю перебігу захворювання і не залежать від застосування медикаментів. Це призводить до зменшення продукції коротколанцюгових жирних кислот та зниження імунних і протизапальних реакцій, що проявляється і швидкими наслідками, які виникають безпосередньо під час захворювання, і довготривалими: виникнення чи загострення алергічних, аутоімунних захворювань, ожиріння, порушення метаболізму, запальні захворювання кишечника, зміна імунної відповіді на вакцинацію. Ще одним чинником, який впливає на мікробіоту при COVID-19, є призначення антибіотиків, що відбувається досить часто без вагомих на те показань. З іншого боку, вплив на мікробіоту кишечника може бути дієвим механізмом впливу на організм під час та після перенесення коронавірусної інфекції. Саме з цією метою як додаткова терапія можуть застосовуватися пробіотики. Ще одним із терапевтичних підходів у лікуванні COVID-19 є включення до раціону продуктів, що містять пептиди, які здатні інгібувати ангіотензинперетворюючий фермент, зокрема какао та зелений чай.



Директор ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», доктор медичних наук, професор **Галина Дмитрівна Фадєєнко** та співробітниця відділу вивчення захворювань органів травлення та їх коморбідності з неінфекційними захворюваннями ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», доктор медичних наук **Олексій Євгенович Гріднев** представили доповідь на тему «Нові можливості оцінки кишкової мікробіоти при захворюваннях органів травлення»:

— Кишкова мікробіота (КМ) включає безліч різних видів мікроорганізмів, що населяють кишечник людини. За даними деяких молекулярно-філогенетичних досліджень, їх кількість в середньому коливається від 15 до 36 тис. видів бактерій із максимальним заселенням у товстій кишці. Якісний склад КМ у здорових людей практично однаковий, проте кількісний склад має континентальні та популяційні відмінності. За даними досліджень, для американської популяції характерна переважна більшість *Bacteroides* (75,7%)



З вітаннями виступила **науковий керівник Національної школи гастроентерологів, гепатологів України, член-кореспондент Національної академії медичних наук (НАМН) України, завідувачка кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НУОЗУ ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Наталія В'ячеславівна Харченко**, яка зазначила, що протягом кількох днів на сесіях конференції будуть розглядатися питання діагностики, лікування, профілактики органів травлення та коморбідної патології за матеріалами консенсусів всесвітніх, європейських асоціацій та спільнот, інноваційних підходів до ведення гастроентерологічних хворих, будуть представлені нові дані з всесвітніх та європейських конгресів та онлайн-заходів, обговорюватимуться питання щодо лікування органів травлення у пацієнтів із COVID-19, будуть представлені доповіді фахівців Державної лабораторії контролю лікарських засобів на тему якості медикаментів та харчових добавок. Наталія В'ячеславівна наголосила, що на традиційній сесії Академії здорового харчування можна буде почути найвідоміших та найдосвідченіших дієтологів нашої країни. Професор побажала усім цікавої та плідної праці.



та *Firmicutes* (20,5%), а для європейської популяції ці показники становлять 45,8 та 46,8% відповідно.

КМ здорової людини змінюється з віком, залежно від типу харчування, під впливом шкідливих зовнішніх чинників та захворювань (особливо органів травлення), системної патології, метаболізму. Зокрема, у людей похилого віку зменшується як загальна кількість бактерій, так і їх різноманіття. Якщо в раціоні переважають рослинні продукти, спостерігається збільшення кількості *Bacteroides* та зменшення *Clostridium cluster*. Якщо ж переважають продукти тваринного походження, знижується мікробне різноманіття та кількість *Bifidobacteria*, збільшується чисельність *Bacteroides* та *Firmicutes*.

Сьогодні існують такі методи визначення складу КМ: культуральні (селективне дослідження бактерій на середовищах з калу, аспірату, біоптату), молекулярно-генетичні з визначення послідовності ДНК та РНК бактерій (ПЛР, ПЛР-RT – real time, секвенування генів РНК/повногеномне секвенування), визначення метаболізму бактерій (мас-спектрометрія – визначення спектру мас-специфічних білків). Культуральний метод здатен ідентифікувати тільки 30% складу КМ, адже за допомогою цього методу можна визначити лише аеробні та аерофільні бактерії. Оптимальним методом дослідження КМ є ПЛР-RT, який дозволяє вивчити кількісний та якісний склад основних мікроорганізмів, що населяють кишечник.

Фізіологічний склад КМ забезпечує нормальний гомеостаз та метаболізм організму. Проте екзогенні патогени можуть викликати інфекційні та запальні захворювання кишечника. Ендогенні, чи умовні, патогени здатні викликати метаболічні захворювання (ожиріння, цукровий діабет 2 типу, неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) тощо). Усі ці чинники призводять до дисбалансу КМ.

Доведено, що *Klebsiella pneumoniae* продукує велику кількість ендогенного алкоголю та може стати причиною прогресування НАЖХП внаслідок сприяння утворенню вільних жирних кислот та формуванню окислювального стресу. Водночас кількість *Akkermansia muciniphila* обернено корелює з масою тіла людини, тому збільшення їх кількості призводить до зниження маси тіла та сироваткових рівнів ендотоксинів, поліпшення функції кишкового бар'єру, зменшення резистентності до інсуліну завдяки збільшенню кількості кишкових канабіоїдів та пептидів. Саме тому ця бактерія може використовуватися для лікування пацієнтів із НАЖХП.



Другу частину цієї цікавої доповіді представив **О.С. Гріднев**:

– Численними дослідженнями доведено, що при НАЖХП збільшується загальна бактеріальна маса на тлі зменшення кількості лакто- та біфідобактерій, *Faecalibacterium prausnitzii*, *Akkermansia muciniphila*, а також збільшення грамнегативної флори (ентеробактерій, *Bacteroides*, *Escherichia coli* тощо). Разом із цим збільшення кількості *Bacteroides* прямо корелює з тяжкістю перебігу НАЖХП, а також із інсулінорезистентністю, рівнями загального холестерину та ліпопротеїнів низької щільності. Це потенційно свідчить про вплив порушення КМ на патофізіологічні механізми розвитку та прогресування НАЖХП. Водночас зміни КМ прямо залежать від ступеня стеатозу печінки. Таким чином, визначення показників КМ можна використовувати як неінвазивний маркер ступеня морфологічних порушень печінки, активності й тяжкості метаболічних процесів в організмі, предиктор активності процесів системного запалення, а також як показник ефективності лікування.



Тему «Колоректальні поліпи: оптичний діагноз, ендоскопічні методи лікування» представив **завідувач ендоскопічного відділення, асистент кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця Сергій Петрович Поліщук**:

– Найчастіше колоректальний рак розвивається з поліпів. Одним із найважливіших факторів злоякісної трансформації

поліпа в колоректальну аденому є його розмір. Частота раку при поліпі розміром понад 25 мм становить 40%, понад 35 мм – 75%. Збільшення розміру поліпа корелює з іншими несприятливими ознаками, такими як ворсинчастий компонент та дисплазія високого ступеня. Також при колоноскопії потрібно враховувати такі гістологічні зміни поліпів, що можуть вказувати на їхню злоякісну трансформацію: вільозний компонент, дисплазія високого ступеня та інвазивний рак. При розмірах поліпів 1-5 мм вони зустрічалися в 1,7% випадків, 6-9 мм – у 6,6%, понад 10 мм – у 30,6%.

Знання гістологічної будови поліпів є надзвичайно важливими та необхідними для ендоскопістів, які виконують колоноскопію під час проведення скринінгу колоректального раку. Зокрема, ендоскопісти повинні керуватися Паризькою класифікацією поверхневих уражень кишки, класифікацією рельєфу товстої кишки за Кудо (pit pattern) та Japan NBI (Narrow-band imaging) Expert Team (JNET) classification. У висновку ендоскопічного обстеження новоутворення обов'язково повинне характеризуватися за всіма трьома класифікаціями. Ще одним важливим критерієм є оцінка капілярного малюнку слизової за класифікацією Сано.

Особливу увагу варто приділити зубчастим поліпам, оскільки часто вони є причиною розвитку 15-30% усіх випадків спорадичного колоректального раку. З 2010 р. зубчасті новоутворення включені до передпухлинних захворювань товстої кишки та розподілені на 3 основні групи: гіперпластичні поліпи, зубчасті ураження на широкій основі, традиційні зубчасті аденоми. Третина дорослого населення має зубчасті неоплазії товстої та прямої кишки, а 70-90% усіх випадків зубчасті неоплазії – гіперпластичні поліпи. Для їх ендоскопічного опису варто користуватися класифікацією Work group serrated polyps and polyposis (WASP).



**Професор Юрій Миронович Степанов** представив доповідь «Особливості ведення хворих на вірусний гепатит С до і після етапу противірусної терапії»:

– Сьогодні існує ефективна противірусна терапія, що дає змогу вилікувати вірусний гепатит С (ВГС). При цьому в разі застосування нових пангенотипічних схем противірусних препаратів прямої дії (ПППД) у пацієнтів, які не отримували попереднє лікування та не мають цирозу, попереднє генотипування вірусу не є необхідним. Але воно рекомендоване при попередньому невдалому лікуванні хронічного ВГС. Згідно з рекомендаціями Американської асоціації з вивчення захворювань печінки (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD) та Товариства інфекційних захворювань Америки (Infectious Diseases Society of America, IDSA), попереднє визначення генотипу також необхідне при застосуванні схем софосбувір/велпатасвір, адже це дозволить краще підібрати режим та тривалість терапії. Однак європейські рекомендації за спрощеним підходом до терапії хронічного ВГС необхідними тестами до початку терапії називають тільки тест на підтвердження реплікації ВГС і оцінку наявності/тяжкості цирозу без необхідності генотипування при виборі того чи іншого режиму терапії.

До початку проведення противірусної терапії варто оцінити ступінь тяжкості ураження печінки. При цьому виявлення пацієнтів із цирозом має особливе значення, адже ймовірність позитивної відповіді на лікування пропорційна стадії фіброзу і це також впливає на вибір схеми та тривалості лікування. Пацієнтам із явними клінічними ознаками цирозу робити біопсію для визначення ступеня ураження печінки потреби немає. Для цього можна використовувати неінвазивні методи: вимірювання жорсткості печінки за допомогою еластометрії чи панелі біомаркерів фіброзу (співвідношення аспаратамінотрансферази (АСТ) та тромбоцитів). Також перед призначенням лікування є необхідність визначити ймовірність наявності гепатоцелюлярної карциноми. Варто пам'ятати, що нормалізація рівнів аланінамінотрансферази (АЛТ) не завжди свідчить про відсутність фіброзу.

Одним із чинників, що ускладнює застосування противірусної терапії та може погіршувати її результати, є коінфікування іншими видами гепатиту. Найчастіше це штами В та D.

Вже після закінчення курсу ПППД, навіть із позитивними результатами лікування, пацієнти з прогресивним фіброзом і цирозом повинні кожні 6 місяців проходити обстеження на наявність гепатоцелюлярної карциноми за допомогою ультразвукового дослідження та вимірювання альфа-фетопротеїну (АФП). Також для цієї категорії хворих слід проводити ендоскопічне спостереження варикозного розширення вен стравоходу, якщо воно було ще перед початком лікування. Надалі моніторинг потрібно проводити і тим пацієнтам, які мають коморбідну патологію, а також при наявності стабільно підвищених показників АЛТ, АСТ, гама-глутамілтрансферази (ГГТ), АФП, гіпоальбумінемії, при збільшенні маси тіла. Підвищений індекс маси тіла є важливим прогностичним параметром підвищення рівнів АЛТ і прогресуючих змін показників ферментів печінки після противірусної терапії, незалежно від інших кофакторів захворювання печінки.



Доповідь на тему «Хвороба Гоше – складний діагноз» представила **заслужений діяч науки і техніки України, професор відділу медичної реабілітації ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», професор кафедри загальної практики Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук Наталія Володимирівна Драгомирецька**:

– В Україні зареєстровано 65 пацієнтів із діагнозом хвороба Гоше. Ця патологія пов'язана з накопиченням ліпідів та зумовлена дефектом гена, відповідального за синтез лізосомального гідролітичного ферменту б-глюкоцереброзидази; як наслідок, в організмі накопичується глікозилцерамід. Хвороба належить до моногенних захворювань і успадковується за аутосомно-рецесивним типом. У загальній популяції хвороба Гоше зустрічається в середньому в 1 на 50-100 тис. людей. Клінічні прояви: спленомегалія, гепатомегалія, цитопенія, ураження кісток. Такі прояви зумовлені тим, що глікозилцерамід накопичується в лізосомах макрофагів, які знаходяться в ретикулоендотеліальній системі цих органів.

І з 6 пацієнтів із хворобою Гоше повідомляли про затримку встановлення діагнозу на понад 7 років з моменту появи перших симптомів. Встановленню діагнозу можуть передувати консультації у 8 та більше лікарів різних спеціальностей. Такі складнощі в діагностиці спричинені тим, що хвороба має дуже мінливий та неспецифічний характер, при цьому уражені різні органи та тканини. Прояви можуть маніфестувати в будь-який період від раннього до старечого віку або взагалі хвороба може мати безсимптомний перебіг. Ще однією причиною таких труднощів у діагностиці є брак знань про хворобу Гоше та невірний початковий діагноз. Тому у випадках гепатоспленомегалії, цитопенії, ураження кісток неясної етіології слід у першу чергу запідозрити хворобу Гоше та визначити рівень активності б-глюкоцереброзидази, провести генетичний аналіз на наявність мутації гена *GBA*, визначення рівня lyso-GB1 та скерувати пацієнта в медико-генетичний центр до лікаря-генетика.

Вперше з симптомами хвороби Гоше пацієнт може звернутися до гастроентеролога. Тому коли симптоми захворювання заводять лікаря в глухий кут, слід припустити наявність орфанного захворювання, зокрема хвороби Гоше. Адже типова пізня діагностика і довгий шлях до встановлення діагнозу можуть призвести до тяжких незворотних наслідків. Натомість раннє встановлення діагнозу, правильне лікування та спостереження фахівців можуть допомогти уповільнити прогресування захворювання.

**Проведення XXIII національної школи гастроентерологів, гепатологів України стало доброю традицією в науково-медичній спільноті нашої країни. Під час її проведення всі охочі мають змогу послухати доповіді найкращих фахівців України та світу. Організаторам щорічно вдається охопити всі найсучасніші знання та найгостріші актуальні питання, що стосуються захворювань ШКТ. Цей захід, без перебільшень, став найочікуванішою науковою подією 2021 р. серед лікарів.**