



# ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

## СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ  
ИЗДАНИЕ

2 (07) / 2024

23,6 % москвичей беспокоят изжога и регургитация не реже одного раза в неделю на протяжении года, а ведь это почти четверть населения столицы!



Роман  
Олегович  
КУБАЕВ

К.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии ФДПО ИНОПР ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, гастроэнтеролог, эндоскопист ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница», Ярославль

### Уважаемые коллеги!

Перед вами предновогодний выпуск газеты «Гастроэнтерология Сегодня», в котором подводятся итоги 2024 года в мире гастроэнтерологии и эндоскопии. Каждый год приносит нам новые знания, опыт и идеи. В этом номере мы постарались погрузиться в темы, которые широко обсуждались врачами в этом году, проанализировать новинки в диагностике и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также поделиться впечатлениями о событиях последних 12 месяцев.

Лично для меня этот номер — большая ответственность, поскольку именно с него я возглавил газету. Одна из ее важнейших миссий — создание интересного информационного поля, в котором доктора смогут получать знания в новом формате и по-другому взглянуть на проблемы гастроэнтерологии и эндоскопии. Ни у кого не вызывает сомнений, что современный врач — не только профессионал своего дела, но и разносторонне развитая личность. Поэтому на страницах газеты мы будем собирать материалы, посвященные как науке и медицинской практике, так и культуре, истории и психологии. Современная отечественная гастроэнтерология — это все мы, а значит, газета будет озвучивать мнения экспертов и советы практических врачей, отвечать на вопросы пациентов. Наше специализированное издание продолжит регулярно выходить в печатном и цифровом форматах, в связи с чем приглашаю коллег к сотрудничеству в качестве авторов креативных материалов.

Дорогие друзья, на пороге стоит новый 2025-й год! В наступающем году желаю вам крепкого здоровья, уверенности в своих силах, оптимизма и вдохновения на пути к намеченным целям и желаниям. Пусть новый год оправдает самые смелые ожидания, воплотит все благие начинания, принесет стабильность и процветание!

Пожар  
в пищеводе 3

Не верьте  
в мифы 4

Федор Карлович  
Уден 6

Обзор  
новостей 8



## ШКОЛА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

# Ахалазия кардии: когда моторика пищевода нарушается

О том, как распознается и лечится ахалазия кардии, рассказали в совместном докладе профессор Р.В. Плахов и кандидат медицинских наук В.О. Кайбышева в эфире авторского проекта Валерии Олеговны «Гастроклуб», действующего с 2021 года на «Первом медицинском канале» (1med.tv). Обзор выступлений двух экспертов представлен в данной статье.



Валерия  
Олеговна  
КАЙБЫШЕВА

К.м.н., с.н.с. научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, гастроэнтеролог городской клинической больницы № 31, Москва



Роман  
Валентинович  
ПЛАХОВ

Д.м.н., профессор, хирург и эндоскопист, доцент кафедры госпитальной хирургии № 2 ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

### СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ

Ахалазия (с греч. — отсутствие расслабления) кардии (АК) — заболевание пищевода неизвестной этиологии. В его основе

лежит воспаление с постепенной дегенерацией нейронов межмышечного нервного сплетения, приводящее к потере нормальной перистальтической активности гладкомышечной части грудного отдела пищевода, нарушению расслабления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и дисфагии.

Золотым стандартом диагностики АК считается манометрия пищевода высокого разрешения. Согласно Чикагской классификации нарушений моторной функции пищевода к характерным манометрическим признакам АК относятся повышение суммарного давления расслабления (integrated relaxation pressure, IRP) сверх 15 мм рт. ст. и отсутствие нормальных перистальтических сокращений в грудном отделе пищевода.

Манометрия высокого разрешения позволила установить, что нарушение перистальтики гладкомышечного отдела пищевода может быть представлено тремя основными типами ахалазии:

- I тип: полное отсутствие сокращений в грудном отделе пищевода, интрабрюшное давление не повышено;
- II тип: отсутствие сокращений наряду с сохранением тонуса стенок пищевода;
- III тип: спастические неперистальтические сокращения гладкомышечного отдела пищевода.

Не исключено, что описываемые типы АК являются не тремя разными формами, а последовательными этапами развития одного заболевания. Считается, что на начальной стадии болезни (возникающей при постепенной гибели ингибирующих мотонейронов) наблюдаются изменения моторики по типу спастической ахалазии (III типа). Затем, по мере гибели возбуждающих нейронов и угнетения сократительной функции пищевода, развивается картина АК II типа. А при тотальной гибели двигательных нейронов межмышечного сплетения возникают нарушения моторики, как при АК I типа, сопровождающиеся значительным расширением пищевода и его S-образной деформацией.

Тем не менее у некоторых больных с характерными симптомами АК могут наблюдаться нормальные перистальтические сокращения пищевода, несмотря на значительное повышение суммарного давления расслабления НПС (IRP > 15 мм рт. ст.). Согласно Чикагской классификации такое нарушение моторики рассматривается как обструкция пищеводно-желудочного соединения (ОПЖС). Пациентам с данным нарушением необходимы компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости и эндосонография. В ходе обследования это манометрическое заключение

## Ахалазия кардии: когда моторика пищевода нарушается

« Окончание, начало на стр. 1

скорее всего трансформируется в диагноз АК или будет выявлена органическая ОПЖС. Серия исследований, проведенных у пациентов с манометрическим диагнозом ОПЖС, показала, что ее самостоятельное разрешение происходит в 20–40 % случаев. Однако 12–40 % больных в дальнейшем потребовалось лечение АК.

### ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ

В последние годы появляется все больше исследований, доказывающих возможность существования отдельного типа АК — с нормальным суммарным давлением расслабления НПС. Речь идет о подгруппе пациентов с характерными клиническими симптомами АК, у которых при проведении манометрии отсутствуют перистальтические сокращения пищевода, а при рентгеноскопии наблюдается длительная задержка бария в просвете этого органа. Однако уровень IRP не достигает значения 15 мм рт. ст. Низкое суммарное давление расслабления может наблюдаться у пациентов с запущенными стадиями заболевания (при ахалазии I типа) с низким базальным давлением в НПС.

Кроме АК у больных с дисфагией (при отсутствии ее органических причин) фиксируются изменения моторики пищевода, относящиеся к группе значительных нарушений перистальтики по Чикагской классификации. Подобные нарушения никогда не встречаются у здоровых людей, протекают с явной клинической симптоматикой и включают следующие типы:

- дистальный эзофагоспазм — в грудном отделе пищевода наблюдаются спастические сокращения при нормальных средних значениях уровня IRP;
- гиперконтрактильный пищевод (ГКП) — в грудном отделе пищевода регистрируются чрезвычайно мощные сокращения при нормальных средних значениях уровня IRP;
- отсутствие сократимости — сокращения пищевода отсутствуют, но средние значения уровня IRP находятся в пределах нормы, что не позволяет установить диагноз АК.

При ГКП сокращения неперистальтические, чрезвычайно интенсивные, сопровождаются загрудинной болью и дисфагией. Наиболее эффективны в терапии ГКП и дистального эзофагоспазма операции, применяемые для лечения АК (прежде всего пероральная эндоскопическая миотомия). Это позволяет относить данные нарушения двигательной функции пищевода к особой группе заболеваний, объединенных термином «синдромы ахалазии».

### ТРИ ТИПА ОПЕРАЦИЙ

Патогенетическое лечение АК, позволяющее остановить дегенерацию нейронов, еще не разработано. Основные цели лечения АК и синдромов ахалазии — это разрешение обструкции со стороны НПС и снижение выраженности дисфагии, что достигается хирургическим путем. Сравнительная эффективность и безопасность трех наиболее распространенных инвазивных методов лечения АК — баллонной пневмокардиодилатации (БПКД), пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) и лапароскопической миотомии по Геллеру (ЛМГ) — интенсивно изучается, но окончательное заключение еще не сделано.

1. БПКД предполагает введение в просвет пищевода цилиндрического баллона диаметром 30–40 мм с установкой вдоль НПС и ручное нагнетание воздуха

в просвет баллона. Эффективность БПКД составляет 62–90 %. Положительный эффект сохраняется в течение нескольких лет.

В среднем у 30 % пациентов рецидив симптомов возникает через 4–6 лет после процедуры, что обуславливает необходимость повторной дилатации. Успех БПКД во многом зависит от возраста пациента (лучшие результаты получают у людей старше 45 лет), пола (лучше у женщин), степени расширения пищевода (чем больше диаметр, тем хуже итог лечения) и типа АК (лучшие результаты при II типе).

2. ЛМГ, предполагающая разделение циркулярных мышечных волокон НПС хирургическим путем, служит альтернативой БПКД. Ряд сравнительных исследований ценности ЛМГ и БПКД в лечении АК показал сопоставимую эффективность обеих операций.

3. ПОЭМ состоит в создании подслизистого туннеля в пищеводе с рассечением циркулярного слоя мышц в грудном отделе и области НПС. Все больше данных подтверждают высокую эффективность этого метода, обладающего следующими преимуществами:

- малоинвазивный характер вмешательства;
- короткие сроки восстановления;
- отсутствие необходимости в интубационном наркозе.



Пациент с дисфагией на почве ахалазии кардии

Операция позволяет регулировать длину рассечения циркулярного слоя мышц, ориентируясь на данные эндосонографии и манометрии пищевода (вплоть до верхнего пищеводного сфинктера). Эндоскопическая процедура, в отличие от ЛМГ, не имеет риска повреждения блуждающего нерва. Эффективность ПОЭМ составляет более 90 %, позволяя нормализовать давление в НПС и купировать клиническую симптоматику.

Исследование при участии 1826 пациентов, которым выполнялась ПОЭМ, показало, что осложнения (легкие, средней тяжести и тяжелые) были зафиксированы у 6,4, 1,7 и 0,5 % пациентов соответственно. Наиболее частым побочным эффектом ПОЭМ оказался рефлюкс-эзофагит.

Примечательно, что значительная доля больных после проведения ПОЭМ может не испытывать клинических симптомов ГЭРБ, несмотря на развитие эзофагита. Тем не менее у 31 % больных с хорошим клиническим эффектом ПОЭМ и отсутствием жалоб в течение 29 месяцев наблюдения

после операции был выявлен эрозивный эзофагит, а у двух пациентов — пищевода Барретта. Этот факт говорит о необходимости более пристального эндоскопического наблюдения за больными после ПОЭМ.

В крупном исследовании сравнивали эффективность ПОЭМ и БПКД у 126 пациентов с АК, наблюдавшихся 2 года после того и другого вмешательства. Результаты ПОЭМ оказались успешными у 92 % пациентов, тогда как БПКД привела к стойкому излечению лишь 54 % больных. В то же время послеоперационный рефлюкс-эзофагит диагностирован у 41 % пациентов после ПОЭМ и только у 7 % — после БПКД.

Итак, несмотря на значительное количество работ, показывающих более высокую эффективность ПОЭМ по сравнению с БПКД и ЛМГ, необходимы дополнительные исследования, чтобы оценить в долгосрочной перспективе риск и преимущества этого метода.

### ВЫБИРАЕМ ЛЕЧЕНИЕ

Все вышеупомянутые показатели эффективности разных методов лечения АК были получены в исследованиях, проводившихся без учета ее типа. Однако специалисты уверены, что прогноз эффективности терапии и выбор метода лечения зависят не только от стадии заболевания, но и от данных манометрии. Так, согласно нескольким исследованиям при использовании БПКД или ЛМГ наилучшие результаты наблюдаются у пациентов с АК II типа (эффективно у 96–100 % больных), а с АК I типа — у 81 %. Сложнее всего поддается лечению АК III типа (терапия эффективна только у 66 % пациентов).

Особенностью АК III типа является наличие в грудном отделе пищевода спастических сокращений. Поэтому такие методы лечения, как БПКД и ЛМГ, которые воздей-

несмотря на некоторое облегчение симптоматики на фоне такой терапии, у большинства больных АК все же прогрессирует. Наблюдаются расширение пищевода и стаз пищи в просвете органа.

Применение блокаторов кальциевых каналов и нитратов приводит к снижению давления в НПС у 47–64 % пациентов и некоторому облегчению дисфагии. К сожалению, данные препараты обладают значительным спектром побочных эффектов (головная боль, ортостатическая гипотензия, отеки), что делает их непригодными для длительного применения. Поэтому блокаторы кальциевых каналов и нитраты обычно назначаются при невозможности операции.

Ингибиторы 5-фосфодиэстеразы снижают давление в НПС и выраженность спастических сокращений дистального отдела пищевода за счет усиления воздействия оксида азота путем блокады фермента, расщепляющего циклический гуанозинмонофосфат. Описана возможность применения подобного ингибитора (силденафила) для лечения АК и спастических нарушений моторики пищевода.

Инъекции ботулотоксина в область НПС блокируют высвобождение ацетилхолина из окончаний нервных волокон, что приводит к облегчению дисфагии у 66 % пациентов с АК в течение 6 месяцев. Временный эффект препарата, длящийся не больше года, обусловлен регенерацией нервных волокон. Повторные инъекции ботулотоксина осложняют проведение последующих хирургических вмешательств, поэтому ботулинотерапия не рекомендуется в качестве первой линии лечения.

### ПЕРСПЕКТИВЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Одним из ключевых критериев диагноза АК при проведении манометрии высокого разрешения служит отсутствие нормальных перистальтических сокращений грудного отдела пищевода. Но возможно ли восстановление его перистальтики после разрешения обструкции со стороны НПС? Этот вопрос волнует и ученых, и пациентов. В некоторых работах показано восстановление нормальной перистальтики после ЛМГ. Правда, такое возможно лишь на начальных стадиях заболевания при ограниченной гибели нейронов в зоне НПС. Морфологические исследования показали, что у больных со спастической ахалазией (когда в теле пищевода сохранена сократительная активность) число нейронов в межмышечном нервном сплетении находится в пределах нормы. Отмечается лишь их воспаление, в то время как при классической АК наблюдаются гибель ганглиев и замещение их фиброзной тканью.

Таким образом, ахалазия — заболевание, затрагивающее межмышечное нервное сплетение и проходящее ряд последовательных стадий от воспаления до аганглиоза и фиброза. Это подтверждает исследование, обнаружившее более значительную гибель нейронов у больных с АК I типа по сравнению со II типом. Отсюда и вышеупомянутое предположение о том, что манометрические типы АК представляют собой последовательные стадии одного процесса. При этом АК I типа является наиболее запущенной. Вот почему надеяться на восстановление перистальтики пищевода можно лишь на ранних стадиях заболевания. Отсутствие перистальтических сокращений пищевода после миотомии свидетельствует о гибели нейронов, аганглиозе и фиброзе межмышечного нервного сплетения. В исследовании с использованием методики FLIP (функциональная импедансопланиметрия) восстановление перистальтики обнаружилось у 10 из 10 пациентов с АК III типа, у 8 из 26 — II типа и у 5 из 15 — I типа. ❌

Александр Рылов, к.м.н.

ствуют преимущественно на область НПС, зачастую оказываются малоэффективными. В данном случае более оправданно использование ПОЭМ, поскольку эта методика позволяет калибровать длину миотомии в зависимости от протяженности спастического сегмента. Эффективность ПОЭМ при лечении больных АК III типа составляет 92 % при длине миотомии 17,2 см.

При выборе метода лечения данной патологии кроме типа нарушений моторики необходимо учитывать и другие факторы:

- степень расширения пищевода;
- его сигмовидную деформацию;
- наличие диафрагмальной грыжи;
- присутствие больших наддиафрагмальных дивертикулов.

К сожалению, лекарственные методы в борьбе с АК малоэффективны, хотя они и применяются, в частности:

- ботулотоксин;
- блокаторы кальциевых каналов;
- нитраты;
- ингибиторы фосфодиэстеразы.

# Пожар в пищеводе: как помочь пациенту с изжогой

Предлагаем вниманию читателей обзор доклада «Возможности устранения изжоги и регургитации в первые дни терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)», представленного профессором Д.С. Бординым на конгрессе терапевтов.



Дмитрий  
Станиславович  
БОРДИН

Д.м.н., зав. отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

стран с распространенностью ГЭРБ выше глобальной.

В 2022 году была опубликована наша работа «Многоцентровое исследование распространенности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов поликлиник России». Опрос более шести тысяч людей, обратившихся на амбулаторный прием по любому поводу (не обязательно связанному с изжогой и регургитацией), показал, что у 34,2 % из них имеются эпидемиологические критерии ГЭРБ. Это значит, что данная патология широко распространена и ее масштабы недооцениваются терапевтами по достоинству.

Таблица. Монреальская классификация ГЭРБ

Пищеводные синдромы	Внепищеводные синдромы
<p><b>Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Классический рефлюксный синдром</li> <li>Синдром загрудинной боли. В отличие от стенокардии возникает не после физической нагрузки, а после приема пищи и устраняется антацидами. Хотя в некоторых случаях рефлюкс может спровоцировать приступ стенокардии и/или сердечной аритмии</li> </ul>	<p><b>Синдромы рефлюксной природы, связь которых с ГЭРБ установлена:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Кашель</li> <li>Ларингит</li> <li>Бронхиальная астма</li> <li>Эрозии зубной эмали</li> </ul>
<p><b>Синдромы с повреждением пищевода (осложнения, переходящие одно в другое):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Рефлюкс-эзофагит с обязательным наличием эрозий в качестве диагностического критерия</li> <li>Стриктуры пищевода</li> <li>Пищевод Барретта</li> <li>Аденокарцинома пищевода</li> </ul>	<p><b>Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Фарингит</li> <li>Синуситы</li> <li>Идиопатический фиброз легких</li> <li>Рецидивирующий средний отит</li> </ul>

Монреальская классификация ГЭРБ разделяет все ее симптомы на пищеводные (наиболее важные) и внепищеводные (табл.).

## КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Диагноз ГЭРБ может быть выставлен:

- На основании характерных симптомов, вызывающих беспокойство пациента (при условии правильного и одинакового понимания этих симптомов врачом и больным).
- При выявлении изменений со стороны слизистой оболочки пищевода (по данным эндоскопического, гистологического или электронно-микроскопического исследования биоптата слизистой оболочки пищевода).
- На основании инструментальных методов, подтверждающих рефлюкс содержимого желудка (например, мониторинга pH пищевода) при наличии типичных либо атипичных синдромов или осложнений.

В клинической практике диагноз ГЭРБ устанавливается на основании оценки клинических симптомов и ответа на лечение. Показания к применению дополнительных методов исследования появляются при неэффективности терапии, неопределенности диагноза и осложнениях, лечения (или профилактики) осложнений ГЭРБ.

Последние рекомендации Американской коллегии гастроэнтерологов предлагают пациентам с классическими симптомами ГЭРБ (изжога и регургитация) без

тревожных признаков проводить восьминедельную эмпирическую терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП) раз в день за полчаса до еды. Больным с дисфагией и другими тревожными симптомами (потеря веса и желудочное кровотечение, а также множественные факторы риска развития пищевода Барретта) в качестве первого исследования рекомендуется эндоскопия.

Пациентам с симптомами хронической ГЭРБ при наличии трех и более факторов риска показано однократное скрининговое исследование для выявления пищевода Барретта. К таким факторам риска относят принадлежность к мужскому полу, возраст

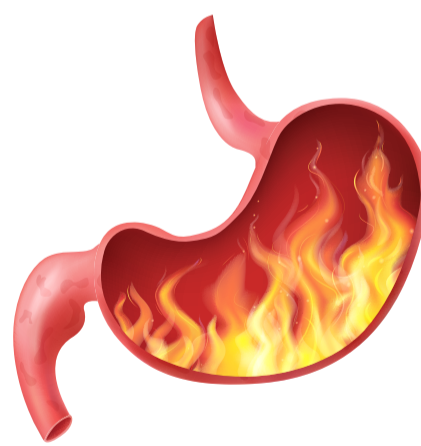
Эксперты подчеркивают значение клинической картины для выявления ГЭРБ. Но диагностическая ценность учета симптомов даже опытными гастроэнтерологами имеет чувствительность 70 % и специфичность 67 % по сравнению с объективными доказательствами ГЭРБ по результатам pH-метрии или эндоскопии пищевода. Подтверждением диагноза ГЭРБ считается и симптоматический ответ в виде улучшения при двухнедельном курсе эзомепразола или другого ИПП. Однако Лионский консенсус говорит о том, что позитивный тест с ИПП не стопроцентно равносителен диагнозу ГЭРБ, поскольку у пациентов с изжогой он имеет чувствительность 71 % и специфичность 44 % по сравнению с данными pH-метрии или эндоскопии пищевода. При атипичных симптомах (боль в грудной клетке, хронический кашель, ларингит и т.п.) показатели ответа ниже, чем при изжоге, что требует повышения дозы и длительности приема соответствующего препарата.

Основным ограничением теста с ИПП служит значительная вариативность симптомов при гиперчувствительности пищевода. Существует зависимость результатов ответа на терапию от дозировки препарата и продолжительности теста. Тем не менее, несмотря на низкую специфичность и высокий плацебо-ответ, эмпирический подход к лечению ИПП является менее дорогостоящим, чем диагностическое тестирование, и одобрен с социальных позиций. Однако этот подход порой ведет к гипердиагностике ГЭРБ.

«Изжога вызвана тем, что существует заброс, но она может быть ассоциирована и с гиперчувствительностью пищевода как элементом функциональных диспепсических расстройств, а значит, есть повод для реализации плацебо-эффекта, — объяснил Дмитрий Станиславович. — В таких случаях можно использовать разработанный нами тест на основе альгиновых кислот, получаемых из водорослей. Попадая в желудок, они контактируют с соляной кислотой и формируют своего рода рафт — плот, который физически препятствует рефлюксу. На этом-то свойстве и основан альгинатный тест на ГЭРБ: купирование изжоги при однократном приеме 20 мл альгината натрия служит дополнительным критерием диагноза. Предложенный нами в 2010 году тест прост в выполнении, обладает высокой чувствительностью — 96,7 % (95 % ДИ; 93,8–100 %) и специфичностью — 87,7 % (95 % ДИ; 82,8–99,2 %). В качестве одного из основных методов выявления рефлюксной болезни альгинатный тест нашел отражение в VI Национальных рекомендациях по диагностике и лечению кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (2017 г.)».

Что касается терапии рефлюксной болезни, то процитируем клинические рекомендации по диагностике и лечению ГЭРБ Российской гастроэнтерологической ассоциации, в которых говорится: «На сегодняшний день ИПП считаются наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения ГЭРБ». Они превосходят блокаторы H2-рецепторов гистамина, прокинетики, цитопротекторы и плацебо как по темпам заживления эрозий при рефлюкс-эзофагите, так и по эффективности контроля симптомов ГЭРБ. ❖

Ирина Ковалева



Некоторые пациенты подразумевают под изжогой жжение в кончике или корне языка, правом подреберье и т. д.

старше 50 лет, курение, ожирение, отягощенный семейный анамнез. Золотым стандартом скрининга является традиционное пероральное эндоскопическое исследование под седацией. Альтернативой эндоскопическому скринингу может служить проведение капсульной эндоскопии в сочетании с исследованием биомаркеров. Если результат первичного обследования отрицательный, повторный скрининг не показан.

## УТОЧНЯЙТЕ СИМПТОМЫ

Встречая на приеме пациента с изжогой, врач обычно предполагает, что у него гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Согласно монреальскому определению, о диагнозе ГЭРБ можно говорить, если рефлюкс содержимого желудка сопровождается появлением беспокоящих пациента симптомов или развитием осложнений, то есть повреждением слизистой оболочки пищевода.

Заброс содержимого желудка в пищевод при ГЭРБ вызывает у больного разнообразные проблемы, при этом изжога наблюдается далеко не у всех пациентов с данной патологией, в связи с чем диагностика ГЭРБ может оказаться не таким уж простым делом. Ведь что такое изжога? Это чувство жжения, по субъективным ощущениям больного поднимающееся из эпигастрия (желудка или нижней части грудной клетки) вверх к шее.

Терапевт или гастроэнтеролог должен расспрашивать обратившегося к нему человека, уточняя у него симптомы, потому что некоторые пациенты под изжогой подразумевают жжение в кончике или корне языка, в правом подреберье и т.д., направляя врача по ложному диагностическому пути.

Второй (после изжоги) важнейший симптом ГЭРБ — это регургитация, под которой следует понимать попадание содержимого желудка вследствие рефлюкса в ротовую полость или нижнюю часть глотки. Больному можно объяснить, что речь идет о срыгивании пищи, кислой или горькой отрыжке, но не отрыжке воздухом.

Эпидемиологии ГЭРБ посвящен ряд мета-анализов. В одном из них, опубликованном в апреле 2020 года, показано, что распространенность данной патологии в России находится в пределах от 15 до 19,9 %. При этом цитируются две работы, проведенные под руководством профессора Леонида Борисовича Лазебника. Московское эпидемиологическое исследование выявило распространенность ГЭРБ по критериям клиники Мэйо (изжога или регургитация раз в неделю и чаще за последние 12 месяцев) на уровне 23,6 %. А ведь это почти четверть населения Москвы! Другая работа, проведенная в шести городах нашей страны, показала меньшие цифры — 13,3 %. Тем не менее Россия попала в число



Роман  
Олегович  
КУБАЕВ

К.м.н, доцент кафедры гастроэнтерологии ФДПО ИНОПР ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, гастроэнтеролог, эндоскопист ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница», Ярославль

# Отменить нельзя продолжить: где поставить запятую?

## 6 распространенных мифов об ингибиторах протонной помпы

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) произвели настоящую революцию в лечении кислотозависимых заболеваний (КЗЗ) желудочно-кишечного тракта, таких как язвенная и гастроэзофагеальная рефлюксная болезни (ГЭРБ), а также диспепсия. Сегодня ИПП стали одними из самых назначаемых в мире препаратов для лечения этих нозологий.

Нередко ИПП используют в качестве поддерживающей терапии, направленной на постоянный контроль секреции кислоты в желудке, причем делают это на длительный срок. В последние годы были опубликованы работы, в которых сообщалось о многочисленных побочных эффектах ИПП, что привело к росту тревоги пациентов и врачей и необоснованному прерыванию приема ИПП. Однако причинами ложных опасений — мифов, заполнивших различные информационные порталы, стали низкое качество научных данных (прежде всего полученных из обсервационных работ) и неправильная интерпретация результатов исследований. Так насколько же действительно безопасно длительное использование ИПП?



### МИФ 1: «ИПП МОГУТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ПНЕВМОНИЮ»

Возможные риски развития пневмонии были описаны в ряде исследований. Ученые предположили, что снижение кислотности желудка после приема ИПП изменяет микробиом пищеварительного тракта и полости рта, а микроаспирация такого микробиома может вызвать воспаление легких. Кроме того, протонные помпы были обнаружены также в дыхательных путях, поэтому применение ИПП может изменять микробиоту дыхательных путей, что, вероятно, способствует развитию пневмонии. Однако изучение всех данных с учетом высокой гетерогенности исследований позволило сделать вывод об отсутствии достоверной связи между приемом ИПП и риском развития пневмонии.

В 2024 году международное проспективное рандомизированное исследование, опубликованное в *The New England Journal of Medicine*, показало, что использование пантопразола у пациентов реанимационных отделений, находящихся на искусственной вентиляции легких, не приводило к увеличению смертности, а, наоборот, позволило снизить риск развития желудочно-кишечных кровотечений.



### МИФ 2: «ИПП СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ДЕМЕНЦИИ»

В ряде исследований было показано, что длительный прием ИПП может увеличить риск формирования болезни Альцгеймера и деменции. Ученые предполагают, что ИПП снижают активность ферментов-утилизаторов, таких как V-АТФаза, что приводит к накоплению белка бета-амилоида, который образует в коре головного мозга бляшки, предположительно являющиеся причиной БА. Это не означает, что ИПП всегда вызывают деменцию. Все эти исследования не устанавливают прямой причинно-следственной связи. Более того, недавний метаанализ 10 работ не подтвердил

повышенный риск деменции, а крупное исследование шести корейских когорт не выявило увеличения риска БА при длительном использовании ИПП. Следовательно, ни молодым, ни пожилым пациентам не стоит бояться принимать ИПП, назначенные по показаниям.



### МИФ 3: «ИПП — ПРИЧИНА ОПАСНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА В<sub>12</sub>»

В одном исследовании были получены данные о том, что длительный прием ИПП может увеличить риск дефицита витамина В<sub>12</sub>. Предполагается, что длительное применение ИПП подавляет желудочную секрецию, что, соответственно, снижает способность желудочного сока высвобождать витамин В<sub>12</sub> из продуктов питания. Но если разобраться в деталях этих, казалось бы, опасных последствий, то при длительном приеме ИПП было отмечено невыраженное снижение концентрации витамина В<sub>12</sub> в сыворотке крови без каких-либо существенных клинических проявлений. Более того, результаты проведенных после этого исследований не подтверждают данный факт. Крупный ретроспективный анализ данных показал отсутствие дефицита витамина В<sub>12</sub> у получавших одновременно метформин и пантопразол в течение четырех лет.

В связи с такими противоречивыми данными ни одним медицинским сообществом не рекомендовано рутинное мониторирование уровня витамина В<sub>12</sub> у пациентов, длительно принимающих ИПП.



### МИФ 4: «ИПП ПРИВОДЯТ К ИНФАРТАМ И ИНСУЛЬТАМ»

ИПП часто используются у кардиологических пациентов в качестве профилактических мер для снижения риска лекарственно-индуцированных желудочно-кишечных кровотечений. В актуальных отечественных и международных руководствах ИПП обязательны к применению для снижения риска кровотечений у получающих двойную антитромбоцитарную терапию. С другой стороны, в ряде исследований было показано, что ИПП могут повышать риск сердечно-сосудистых осложнений.

Одним из первых поводов для беспокойства стало потенциально возможное взаимодействие ИПП с антитромбоцитарным препаратом клопидогрелом — пролекарством, требующим активации изоферментом цитохрома P450 2C19 (CYP2C19). Существует мнение, что ИПП могут снижать антитромбоцитарный эффект клопидогрела из-за конкурентного взаимодействия ИПП с ферментом CYP2C1.

В 2009 году Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) предложило избегать одновременного приема клопидогрела и омега-3 из-за опасения нежелательного межлекарственного взаимодействия. Однако другой представитель ИПП — пантопразол — метаболизируется изоферментом CYP2C9, который не вмешивается в работу фермента CYP2C19, в результате чего уровень клопидогрела остается неизменным.

Было показано, что пантопразол можно безопасно использовать в качестве кислотосупрессивного препарата у пациентов, получающих двойную терапию аспирином и клопидогрелом, а также при комбинации ривароксабана и аспирина. Интересно, что увеличение сердечно-сосудистых рисков отмечалось только в обсервационных исследованиях, результаты которых не определяют непосредственную причину развития события. Напротив, в больших рандомизированных контролируемых исследованиях прием ИПП сам по себе (независимо от применения клопидогрела) не увеличивал риск смертности.



### МИФ 5: «ИПП СПОСОБСТВУЮТ ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ»

Согласно данным крупного исследования, терапия ИПП ассоциирована с небольшим, но статистически значимым повышением риска переломов (относительный риск — 1,33). Известно, что длительное применение ИПП уменьшает всасывание кальция в тонкой кишке, что доказано в том числе специальными трассирующими методиками. Однако в контролируемых исследованиях не было отмечено значительного изменения уровня кальция и паратиреоидного гормона, а уровень маркеров костного обмена оставался нормальным. По данным анализа имеющихся исследований, при приеме ИПП риск переломов может быть повышен в возрастной группе 60–79 лет и вряд ли непосредственно связан со значимым изменением обмена кальция в организме. Вот почему в реальной клинической практике потенциальный риск развития переломов вряд ли когда-нибудь перевесит пользу от применения ИПП при наличии показаний к их приему.



### МИФ 6: «ПРИЕМ ИПП — ЭТО ПУТЬ К РАКУ ЖЕЛУДКА»

Еще в 2018 году в двух работах из Кореи и Швеции была высказана мысль о возможной связи между длительным приемом ИПП и развитием рака желудка (РЖ). Предполагалось, что ассоциация между длительным применением ИПП и опухолями желудка обусловлена естественными эффектами гипоацидности — гипергастринемией

и избыточным ростом бактерий в желудке. При наличии *Helicobacter pylori* применение ИПП усиливает феномен гипохлоргидрии, а изменения микробиоты становятся еще более выраженными.

Впоследствии множество исследований и даже их мета-анализов было посвящено изучению взаимосвязи между длительным приемом ИПП и возникновением РЖ, однако результаты этих работ были противоречивыми. Как сообщалось, предвзятость при сборе данных могла приводить к заметным ошибкам в результатах и выводах. Более того, возможная погрешность когортных исследований связана с тем, что ИПП часто назначаются больным с диспепсией, среди которых есть пациенты с неоплазией (так называемая обратная причинность в медицинской статистике).

Современные данные литературы, дополненные методологическими погрешностями, не подтверждают причинно-следственную связь между длительной терапией ИПП и развитием РЖ. В самом длительном исследовании (до 15 лет) по изучению влияния ИПП с использованием пантопразола было показано, что даже столь длительный прием этого ИПП не связан с повышенным риском развития злокачественных опухолей желудка. Более того, ИПП часто применяются для канцеропревенции — профилактики аденокарциномы пищевода при развитии пищевода Барретта. В этих ситуациях безответственная отмена ИПП вследствие необоснованных страхов гипотетического развития РЖ чревата вполне реальными рисками прогрессии ГЭРБ до злокачественной опухоли пищевода.

Таким образом, связь между приемом ИПП и такими осложнениями, как переломы костей, внебольничная пневмония, деменция, дефицит витамина В<sub>12</sub>, оказалась слабой и главным образом обусловленной изъянами дизайна исследований. Больные с показаниями к длительному назначению ИПП должны принимать их в оптимальной дозе, позволяющей поддерживать клиническую, эндоскопическую и морфологическую ремиссию КЗЗ. Хотя известно, что в клинической практике ИПП часто назначаются без достаточных оснований, в слишком высокой дозировке и на неадекватно долгий срок. Это делает важной стратегию депрескрайбинга. Речь идет

### Безопасность пантопразола связана с высокой рН-селективностью (специфичностью действия лишь в париетальных клетках желудка) и низкой аффинностью к цитохрому Р450, что снижает риск лекарственных взаимодействий

о снижении дозы ИПП до минимально эффективной и уменьшении кратности их приема при наличии соответствующих показаний.

Процесс депрескрайбинга ИПП включает следующие этапы: тщательный сбор лекарственного анамнеза, выявление препаратов, потенциально не сочетающихся с ИПП, определение возможности прекращения приема таких лекарств, планирование режима отмены, обеспечение мониторинга и поддержки. Основная же цель депрескрайбинга ИПП состоит в формировании «умной» кислотосупрессии, при которой необходимо повысить рН желудочного сока ровно настолько, насколько это необходимо для поддержания клинического эффекта.

Идеальным уровнем подавления желудочной секреции при большинстве КЗЗ считается такой, при котором рН внутри желудка удерживается выше 4,0 в течение 16 часов в сутки или более. Однако каждому из КЗЗ свойственен свой критический уровень: для поддерживающей терапии ГЭРБ или лечения функциональной диспепсии достаточно сохранения рН выше трех, при терапии эрозивной ГЭРБ или гастропатии, вызванной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), — более четырех, для эрадикации *H. pylori* — более пяти, а вот при лечении желудочно-кишечных кровотечений — более шести.

Как выяснилось, на практике в подавляющем числе случаев долгосрочной терапии КЗЗ не нужно добиваться значений

рН более 3–4. Такой вариант поддержания адекватного уровня рН — залог безопасного лечения ИПП. С этой точки зрения среди всех представителей ИПП наиболее положительно зарекомендовал себя пантопразол, многократно подтвердивший высокий профиль безопасности даже при длительном приеме. Это доказано в исследовании с длительным периодом наблюдения (до 15 лет), где 142 пациента с тяжелыми КЗЗ получали поддерживающую терапию пантопразолом в дозе 40–160 мг/день. За 15 лет не было выявлено ни одного серьезного нежелательного явления, отчетливо или потенциально связанного с приемом препарата.

Безопасность пантопразола связана, с одной стороны, с высокой рН-селективностью, что обеспечивает специфичность действия только в париетальных клетках желудка, а с другой — с низкой аффинностью к цитохрому Р450, что минимизирует риск межлекарственных взаимодействий. Более того, умеренное повышение уровня гастрина (следствие подавления кислотопродукции) не сопровождалось клинически значимыми изменениями слизистой оболочки желудка на протяжении всего периода наблюдения. Таким образом, длительная терапия пантопразолом не может вызывать опасений с точки зрения безопасности для наших пациентов.

Сегодня в России самым востребованным пантопразолом является препарат Нольпаза®, выпускаемый словенской фармацевтической компанией КРКА. Данный препарат активно применяется для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, вызванных избыточной секрецией кислоты в желудке. Нольпаза® эффективно снижает продукцию соляной кислоты, что способствует быстрому заживлению язв, уменьшению симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и облегчению состояния пациентов с гастритом. Значимый клинический эффект и безопасность терапии пантопразолом Нольпаза® у пациентов с ГЭРБ и другими КЗЗ в реальной клинической практике были продемонстрированы в масштабном многоцентровом наблюдательном исследовании EXPERT II, определившем препарат Нольпаза® в качестве предпочтительного выбора как для врачей, так и для пациентов. ✕

Список литературы находится в редакции





# Нольпаза®

таблетки  
20 мг, 40 мг

пантопразол

МИНИМАЛЬНЫЙ РИСК



лекарственных взаимодействий<sup>1</sup>

СРОК ГОДНОСТИ



лет<sup>2</sup>

БОЛЬШАЯ УПАКОВКА



таблеток<sup>2</sup>

ВЕРНЫЙ ШАГ К ЗДОРОВЬЮ ЖЕЛУДКА

**Источники информации:** 1. Исаков В. А. Лекарственные взаимодействия ингибиторов протонной помпы: обновленные данные. 2015.  
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Нольпаза®.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

**Заказчик размещения рекламы:** ООО «КРКА ФАРМА»  
125212, г. Москва, Головинское ш., д. 5, корп. 1  
Тел.: (495) 981-10-95. Факс: (495) 981-10-91. E-mail: info.ru@krka.biz, www.krka.ru



Реклама

# Синдром Удена: корни прусские, мысли русские

В уходящем 2024 году исполнилось 270 лет со дня рождения Федора Карловича Удена (1754–1823), профессора патологии и терапии Санкт-Петербургской императорской медико-хирургической академии, который стоял у истоков гастроэнтерологии в нашей стране и был издателем первого в России еженедельного медицинского журнала. Печально, что юбилей ученого прошел незамеченным. Ни одной публикации о нем не было сделано. Давайте же исправим эту ошибку!

## ИЗ ВРАЧЕЙ В ШАХТЕРЫ

Кто не слышал о синдроме Удена? Ночью разбуди, любой из коллег скажет, что так называется патологическое состояние сердца и органов кровообращения вследствие заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Чаще всего речь тут идет о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), а также язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Проявляется синдром ощущением тяжести в области сердца с отдачей в левое плечо и зачастую приступами стенокардии, тахикардии, экстрасистолией, пароксизмальной одышкой, гипотонией, метеоризмом с болью в животе, соответствующей по своим характеристикам основному заболеванию.

А кто знает хоть что-нибудь о самом Удене, оставившем в наследство многим поколениям врачей описание данного синдрома? Да практически никто, скажем прямо. Цепляет слух иностранная фамилия в его названии. Ее одну не русифицировали при вступлении Удена 13 июля 1786 года в подданство Российской империи, которой тогда управляла Екатерина II. В этот знаменательный день уроженец Пруссии, обучавшийся в Берлине в Медико-хирургической коллегии и окончивший в 1776 году медицинский факультет Галльского университета, в одночасье превратился из Конрада Фридриха Карла в Федора Карловича.

Что заставило молодого врача покинуть Пруссию, почему он не продолжил практику своего отца, по стопам которого пошел в медицину, остается только догадываться. Скорее всего, в России Уден обрел более широкие возможности профессионального развития. На его родине права врачей сильно ущемлялись. Дошло до того, что в XVII–XVIII веках им было запрещено самим отпускать лекарства: запрета удалось добиться аптекарскому цеху Пруссии в его противостоянии с врачебным.

И по сей день в Европе (и не только в Германии) работники аптек не просто отпускают лекарства, а фактически проводят консультации для клиентов и сами рекомендуют им препараты. Если же человек пришел с рецептом от врача, то его назначения подвергнутся тщательной проверке на соответствие имеющимся у больного симптомам, рекомендуемым дозировкам и скорее всего будут опротестованы.

Невероятно, но факт: у себя дома молодому медику пришлось переквалифицироваться в горного инженера. В этом качестве он успел поработать в герцогстве Саксен-Веймар, где в 1783 году получил чин горного советника!

## АКАДЕМИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ

В России Удена приняли на службу с распростертыми объятиями, а именно по Высочайшему повелению, направив для начала в благодатное Черниговское наместничество. Шесть лет спустя Федора Карловича

перевели в столицу, по ошибке назначив на две должности сразу — профессорскую в только что основанной Императорской медико-хирургической академии и преподавательскую в Санкт-Петербургской медицинской школе, причем сюда его определили чуть раньше. Разумеется, он предпочел бы попрофессорствовать, но пришлось сначала отработать год в качестве учителя физики и математики.

Зато потом карьера пошла в гору стремительно. В 1799 году Федора Карловича избрали почетным членом медицинской коллегии, а в 1800-м назначили профессором патологии и терапии Санкт-Петербургской императорской медико-хирургической академии и по указанию императора Павла I командировали в Тифлис лечить царя Грузии Георгия XII Багратиони — последнего правителя Картли-Кахетии. Тем самым император выразил огромное доверие к профессиональным качествам Удена. К сожалению, спасти грузинского царя не удалось, ведь болел он уже давно и скончался 28 декабря 1800 года в возрасте 56 лет, через 8 дней после подписания договора о присоединении Грузии к России. В 1802 году, когда уже ни Георгия, ни Павла не было в живых, доктор Уден стал ученым секретарем медицинского совета Санкт-Петербургской императорской медико-хирургической академии.



Книга Ф. Удена «Академические чтения о хронических болезнях», часть II

**Ф.К. Уден — один из основоположников медицинской журналистики в России, редактор первого журнала на русском — «Санкт-Петербургских врачебных ведомостей» (1792–1794), где основное внимание уделялось вопросам гигиены. Участвовал также в издании «Всеобщего журнала врачебной науки» Санкт-Петербургской медико-хирургической академии**

Авторитет ученого достиг апогея после выхода в свет главного труда его жизни — «Академических чтений о хронических болезнях», которые издавались в семи частях с 1816 по 1822 год в Санкт-Петербурге. Последняя часть была опубликована за год до смерти автора. Это



Первый в России медицинский журнал

первое сочинение на русском языке по частной патологии и терапии, адресованное студентам-медикам и врачам. Помимо других вопросов в «Академических чтениях» подробно описана перкуссия, впервые изложены клинические симптомы и методы лечения язвы желудка и ее осложнений. Удена по праву считают первым исследователем язвенной болезни и одним из основателей гастроэнтерологии как науки.

Вот как он описывал состояние больного с прободной язвой в своем сочинении: «При прорывливании желудка больного объемлет тоска, сопровождаемая ворчанием в брюхе, кислой вонючей отрыжкой, рвотой, запором, в членах слабость, лицо бледно, конечности слабеют, горьость терзает душу больного. К тому же присовокупляются холодный пот, икота, боли в спине, кои прекращаются только со смертью». Разве можно поверить, что это яркое клиническое описание сделано человеком, для которого русский язык не родной?

скот от оных»? Впрочем, Федор Карлович столь же свободно владел золотой латынью, на которой написал книгу «*Primae lineae fundamentirum pathologiae et therapiae*» («Первая линия фундаментальных основ патологии и терапии»), вышедшую в Санкт-Петербурге в 1809 году. А еще он автор издания «Фармакопея» (СПб., 1818).

## МЕДИЦИНСКАЯ ПЕРИОДИКА

Профессор Уден (что меня лично бесконечно удивляет) настолько продвинулся в знании русского языка, что загорелся идеей издавать на нем первый в России медицинский журнал. Причем не только издавать, а писать в него статьи и редактировать тексты русских авторов! Казалось бы, хочешь выпускать медицинскую периодику — флаг тебе в руки, но выяснилось, что не все так просто. Нужно было получить разрешение медицинской коллегии. В 1792 году Уден представил на ее рассмотрение проект еженедельного (!) журнала под названием «Беседующие врачи, или общепользная врачебная переписка». Более того, Федор Карлович даже продемонстрировал коллегии первый лист журнала, составленный им самим, но напечатать этот лист ему не позволили, так как «по рассмотрению коллегией, примечено некоторое в оном отношении до веры и церковных обрядов».

Но Удена отказ не остановил. Заручившись поддержкой последнего фаворита Екатерины II, графа Платона Зубова, он все-таки получил разрешение на издание. Первый номер первого российского медицинского журнала «Санкт-Петербургские врачебные ведомости» появился 2 ноября 1792 года, а последний, 52-й, — в июле 1794 года. Журнал выпускался в издательстве петербургского книгопродавца И.Д. Герстенберга. Редакторами были сам Уден и доктор Клейнш, основатель «Общества опытных врачей», возникшего в Санкт-Петербурге одновременно с журналом в 1792 году. Первоначально у «Ведомостей» было 208 подписчиков. Подписка принималась на полгода и стоила 2 рубля 50 копеек в Петербурге и 5 рублей в других местах. Не удивительно, что энтузиазма издателей хватило лишь на 2 года: еженедельный выпуск научного журнала в отсутствие компьютеров, электронной почты и прочих средств технической поддержки, — задача непосильная.

## ФИЛОСОФИЯ ЖИЗНИ

На том, что лечить нужно не болезнь, а больного, настаивал еще Гиппократ. Целостный подход необходим не только к лечению, но и к обучению тех, кто собирается лечить. Поэтому академические курсы для будущих врачей Федор Карлович начинал не с медицинских, а с философских вопросов о месте человека во Вселенной. Все же он родился в Германии, подарившей миру классическую немецкую философию. «Человек, — писал Уден, — есть органическое произведение природы, одаренное умом». Вселенная может управляться только высочайшим и бесконечным существом, то есть Богом.

Заметьте, что эти слова включены автором в монографию о хронических болезнях. Без философского ключа их этиологический замок не открыть, убежден автор. Ученый пытался установить, каким образом душа соединяется с организмом человека. Поскольку экспериментальным путем получить ответ невозможно, он пришел к выводу, что тело связано с душой «посредством жидкого и тонкого жизненного начала, соединенного в мозге». Уден критиковал кабинетных ученых, которые совершают открытия умозрительно, игнорируя и практику, и научный анализ накопленных данных. Выступая против таких коллег, Федор Карлович утверждал, что они творят «не по законам природы, а по составлению, из чистого ума почерпаемому (*a priori*)». ✕

Ирина Ковалева



Игорь  
Геннадьевич  
НИКИТИН

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии им. академика Г.И. Сторожакова лечебного факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

# Метаболическое нездоровье: новые подходы в гепатологии

В последнее время мы видим активное и поступательное развитие новых подходов в таких направлениях медицинской науки и практики, как гепатология и гастроэнтерология. Активное изучение патогенетических механизмов метаболического нездоровья позволило по-новому взглянуть, например, на проблему неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Стало очевидно, что как минимум эта патология во многом связана с демографическими показателями — не только смертностью от болезней печени, но и с заболеваемостью сахарным диабетом (СД) 2-го типа и целым комплексом его фатальных осложнений (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность). Вот почему так важна ранняя диагностика НАЖБП и правильная, максимально эффективная терапевтическая стратегия — изменение образа жизни, характера питания и, конечно же,

рациональная и патогенетически обоснованная фармакотерапия.

Фармакотерапия НАЖБП в последнее время пополнилась новыми высокоэффективными препаратами, направленными на устранение таких патогенетических механизмов, как органная инсулинорезистентность, хроническое повышение уровня провоспалительных цитокинов, синтез липидов *de novo* (липотоксичность) и др. Весьма многообещающими стали результаты предварительных исследований, оценивающих клиническую эффективность в лечении НАЖБП ингибиторов

натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа, агонистов рецепторов глюкагон-подобного пептида 1, комбинированных препаратов двух инкретинов: агониста рецепторов глюкагон-подобного пептида 1 и агониста рецепторов глюкозозависимого инсулинотропного пептида, агониста рецепторов тиреоидных гормонов. Некоторые из этих комбинаций уже зарегистрированы как самостоятельные препараты для лечения НАЖБП у пациентов без СД и продолжают изучаться в данной популяции уже и в пострегистрционный период с детальной оценкой эффективности и профиля безопасности.

Еще одним серьезным достижением в гепатологии стали новые подходы к лечению хронического вирусного гепатита D (коинфекция с вирусным гепатитом В). Еще недавно прогноз у таких пациентов был относительно неблагоприятным — быстрое развитие цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Появление булевертида — ингибитора натрий-таурохолатного рецептора, через который вирус гепатита D проникает в клетку, сделало возможным не только стойкое подавление репликации вируса, но и возможность формирования устойчивого вирусологического ответа.



## Препараты и тенденции

В 2024 году были одобрены новые препараты, открывающие дополнительные возможности терапии пациентов с первичным билиарным холангитом (ПБХ), плохо переносящих или не отвечающих на терапию урсодезоксихолевой кислотой (УДХК). Селаделпар — активатор рецепторов дельта-пролиферации пероксисом, одобренный в США для лечения ПБХ, продемонстрировал высокую эффективность. В исследовании при участии 193 пациентов биохимический ответ достигнут у 62 % из них (против 20 % в группе плацебо), а нормализация уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) — у 25 % (против 0 %). Препарат можно применять в сочетании с УДХК или отдельно, если УДХК не переносится пациентом. Теперь селаделпар рекомендован в качестве второй линии терапии при отсутствии декомпенсированного цирроза.

Еще одна новинка 2024 года на фармацевтическом рынке — это элафибран, активатор рецепторов PPAR-альфа и PPAR-дельта, продемонстрировавший биохимический ответ у 51 % пациентов с ПБХ (по сравнению с 4 % в группе плацебо) и нормализацию уровня ЩФ у 15 % (против 0 % в группе плацебо). Препарат может использоваться в сочетании с УДХК или самостоятельно, а также рекомендован в качестве второй линии терапии при отсутствии декомпенсированного цирроза.

## Кафедра гастроэнтерологии ФДПО ИНОПР «РНИМУ имени Н.И. Пирогова»: путь к профессиональному успеху

Медицина — это постоянное обучение. В условиях растущей заболеваемости ЖКТ — от злокачественных новообразований до воспалительной патологии кишечника — подготовка специалистов в области гастроэнтерологии приобретает критически важное значение.

На кафедре гастроэнтерологии ФДПО ИНОПР Пироговского университета, основанной в 2017 году под руководством профессора Евгения Леонидовича Никонова, создана уникальная образовательная среда, сочетающая современные технологии с богатым клиническим и научным опытом преподавателей. Уже в первые годы работы сотрудники кафедры стали лидерами в реализации всероссийских образовательных программ, направленных на повышение качества медицинской помощи: QuaCol («Качественная колоноскопия»), StandUP («Стандарты выполнения эндоскопии верхних отделов ЖКТ»), Школа детских гастроэнтерологов и педиатров, а также конференция «Гастро-Эндо». Для молодых специалистов и студентов организован научный кружок с возможностью выступлений на научных конференциях под руководством опытных наставников.

### Почему выбирают нашу кафедру?

- Здесь преподают признанные эксперты мирового уровня: профессора и доценты кафедры — авторы ключевых национальных и международных рекомендаций, научных работ и практических статей, опубликованных в ведущих научных журналах, в том числе «Доказательная гастроэнтерология», участники и спикеры конференций Digestive Disease Week и United European Gastroenterology Week. Профессор С.А. Булгаков в течение многих лет был членом комитета по глобальным методическим рекомендациям Всемирной организации гастроэнтерологов (Global guidelines committee of WGO), профессор И.О. Иванников — членом международной рабочей группы по изучению *H. pylori*, доцент Р.О. Куваев — членом комитетов по качеству в эндоскопии и обучению Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии.
- Мы предлагаем инновационные образовательные программы с разнообразными форматами обучения от очных курсов до дистанционных программ.
- Практико-ориентированный подход: учебный процесс проходит на базе ведущих клиник (ЦКБ Управления делами президента РФ, Морозовская ДГКБ, Ярославская областная клиническая онкологическая больница). Это позволяет обучающимся постигать передовые методы диагностики и лечения в реальных условиях.
- Международные связи: сотрудники кафедры участвуют в международных проектах различных профессиональных ассоциаций.

### Программы профессиональной переподготовки медицинских работников от кафедры гастроэнтерологии ФДПО ИНОПР Пироговского университета

Курсы повышения квалификации (ПК) — 144 часа  
и профессиональная переподготовка (ПП) — 576 часов  
по специальностям:  
✓ Гастроэнтерология  
✓ Эндоскопия

### Научные и образовательные проекты

Сотрудники кафедры участвуют в разработке национальных рекомендаций по лечению кислотозависимых заболеваний, инфекций *H. pylori*, атрофического гастрита, скрининга колоректального рака и иммунотерапии воспалительных заболеваний кишечника. Реализуются проекты по созданию стандартов качества эндоскопических исследований и разработке методов диагностики редких патологий. Мы гордимся своими выпускниками, которые становятся ведущими специалистами в гастроэнтерологии и эндоскопии. На нашей кафедре вы не только получите глубокие знания, но и станете частью гастроэнтерологического сообщества, которое поддержит вас на пути к профессиональному росту.

Свяжитесь с нами: zharova\_me.rsmu.ru  
подробности на сайте: <https://rsmu.ru>

# Последние открытия и научные достижения в нашей отрасли знаний

Прогресс не стоит на месте. Гипотезы становятся доказанными фактами. Состояния, ранее требовавшие оперативного вмешательства, теперь лечатся не скальпелем, а подкожной инъекцией или таблеткой. У препаратов, нацеленных на терапию одного заболевания, обнаруживаются дополнительные преимущества в отношении целого списка других важнейших патологий вплоть до снижения онкологического риска. Мы составили для вас подборку наиболее актуальных новостей по теме «гастроэнтерология».

Роман Куваев, к.м.н., Мария Жарова, к.м.н.

## ТАБЛЕТКА VS СКАЛЬПЕЛЬ

В эпоху агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1) снижается спрос на бариатрическую хирургию. В перекрестном исследовании K. Lip и соавт. проанализировали данные о медицинских назначениях за 2022 и 2023 годы 17 млн взрослых с установленным диагнозом ожирения. Использование для его терапии арГПП-1 увеличилось за этот период более чем вдвое, в то время как количество бариатрических операций снизилось примерно на 25 %, что свидетельствует о заметном сдвиге в стратегии лечения ожирения. «Руководители учреждений здравоохранения и врачи должны внимательно следить за компромиссами между фармакологическим и хирургическим лечением ожирения, чтобы обеспечить оптимальный доступ к эффективной терапии этого заболевания», — пишут авторы.



## 10 ВИДОВ РАКА

А могут ли арГПП-1 снизить риск развития рака? Ведь уже доказано, что они способны на многое: содействовать снижению уровня глюкозы в крови и веса, а также профилактике инфарктов и инсультов у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском. Взрывной рост исследований этих препаратов показывает, что потенциал арГПП-1 еще шире: они могут приостанавливать прогрессирование заболеваний почек, облегчать апноэ во сне, а кроме того, по всей вероятности, улучшать результаты лечения пациентов с болезнью Паркинсона и потенциально предотвращать болезнь Альцгеймера.

Однако теперь некоторые эксперты задаются вопросом: могут ли агонисты ГПП-1 помочь в борьбе со злокачественными новообразованиями (ЗНО), особенно связанными с ожирением? До сих пор этот вопрос изучался лишь в нескольких обсервационных исследованиях. Одно из крупнейших, результаты которого были опубликованы в июле 2024 г. в журнале *JAMA Network Open*, было проведено профессором Келбером и его коллегами. Сообщается, что у использующих арГПП-1 для лечения СД 2-го типа риск развития десяти видов рака, связанных с ожирением, был ниже, чем у находящихся на инсулине. Для многих из этих видов ЗНО относительное снижение риска составило 50 % и более.

«Теоретически любой препарат, вызывающий устойчивую потерю веса, может снизить риск развития рака, связанного с ожирением, — считает Сонали Тосани, научный сотрудник кафедры эндокринных неоплазий и гормональных расстройств Онкологического центра Техасского университета имени доктора Андерсона (Хьюстон, США). — Один из вопросов для будущих исследований: связано ли именно снижение веса с уменьшением риска развития ЗНО после начала приема арГПП-1?»

В исследовании SELECT, которое привело к одобрению препарата семаглутид (Вегови) для профилактики инфарктов и инсультов у пациентов с ожирением и сердечно-сосудистыми заболеваниями, выяснилось, что не только само снижение веса дает такой эффект. Ведь уменьшение риска фиксировалось в самом раннем периоде наблюдения. Предполагается, что арГПП-1 способствуют уменьшению системного воспаления, а значит, и риска развития рака. У принимавших семаглутид наблюдалось снижение уровня С-реактивного белка (показателя воспаления в организме), как при терапии статинами. В других работах изучались возможные противораковые свойства арГПП-1. Например, было обнаружено, что они подавляют пролиферацию злокачественных клеток при раке простаты и могут восстанавливать нормальное функционирование натуральных киллеров (NK-клеток), которое обычно нарушается при ожирении.

## КИШЕЧНИК И ПЕРЕЛОМЫ

Длительное течение (12 месяцев) воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) связано с умеренным повышением риска переломов у пациента. Причем он наиболее выражен у не принимающих глюкокортикостероиды (ГКС). Это следует из результатов общенационального когортного исследования шведских ученых, проанализировавших данные 54 591 больного ВЗК с 1990 по 2016 год. При сохранении гистологически подтвержденного воспалительного процесса в кишке в течение года риск переломов в целом возрастал на 12 %. Наиболее значимое его повышение (на 41 %) наблюдалось у пациентов без гистологической ремиссии ВЗК, не принимавших ГКС. «Это исследование показало, что воспаление является независимым модифицируемым фактором риска переломов при ВЗК, как и при ревматологических иммуноопосредованных заболеваниях, что было обнаружено ранее. Данное открытие соответствует новым рекомендациям ЕССО (Европейской организации по борьбе с болезнью Крона и колитом), в которых упомянута необходимость скрининга таких больных на остеопороз», — сообщили эксперты в сопроводительной статье.



## ДИАБЕТ ИЗ-ЗА БИФСТЕКСА

Наступает время новогодних каникул, которые у многих ассоциируются с мясом как одним из основных блюд праздничного стола. Предупредите своих пациентов, что не стоит слишком активно налегать на него. «Повышенное потребление красного мяса связано со многими рисками для здоровья, включая угрозу развития сахарного диабета (СД) 2-го типа, ишемической болезни сердца (ИБС), некоторых видов рака и общей смертности. А вот ограничение мяса в рационе может способствовать снижению вероятности заболеть СД 2-го типа и уменьшению смертности тех, кто уже страдает этим заболеванием», — утверждает Уолтер К. Уиллетт, профессор эпидемиологии и питания Школы общественного здоровья Гарварда в Бостоне (США), соавтор недавнего метаанализа, в котором приняли участие около двух миллионов человек из 20 стран. Авторы этой работы обнаружили, что избыточное потребление красного и переработанного мяса связано с повышенным риском СД 2-го типа и смертности.

Избыточное потребление — это сколько? «В нашем исследовании регулярное поедание каждых дополнительных 50 г переработанного мяса в день (что эквивалентно двум ломтикам ветчины или бекона, а также одной небольшой сосиске) было связано с повышением на 15 % риска развития СД 2-го типа в ближайшие 10 лет», — сообщил главный автор объединенного метаанализа Николас Уэрхем, профессор Кембриджского университета (Великобритания).

Другое недавнее исследование показало, что, сократив потребление переработанного мяса на треть, можно предотвратить более 350 тысяч случаев СД за 10 лет. По мнению авторов, это означает всего лишь отказ от десяти ломтиков бекона в неделю. Может, перейти на растительный белок? В работе Уолтера К. Уиллетта ежедневная замена одной порции красного мяса порцией орехов и бобовых привела к снижению риска развития СД 2-го типа на 30 %. «Нами доказано, что включение в рацион полезных растительных продуктов (орехи, бобы и соя) вместо красного мяса принесет значительную пользу здоровью», — заявляет профессор Уиллетт.





## ОТМЕНА ИНСУЛИНА

Пациенты с СД 2-го типа, которые смогли отказаться от инсулина на срок до 12 месяцев после проведения новой процедуры — эндоскопической рецеллюляризации с помощью электропорационной терапии (ReCET) в комбинации с лечением семаглутидом, сохранили свой ответ в течение 24 месяцев. Процедура ReCET представляет собой процесс клеточного обновления путем электропорации — создания пор в бислоистой липидной мембране под действием электрического поля. Метод используется в медицине и биотехнологиях для внедрения макромолекул в клетки млекопитающих, бактерий или растений.

Процедура ReCET (от компании Endogenex) осуществляется специальным катетером, который производит электропорационную абляцию слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Это ведет к повышению чувствительности организма к собственному инсулину и улучшению контроля уровня глюкозы. В первом исследовании на людях процедуре ReCET подвергли 14 пациентов 28–75 лет с индексом массы тела (ИМТ) 24–40, после чего они начали принимать семаглутид. 12 (86%) больных не только не нуждались больше в инсулине спустя 6 и 12 месяцев от начала лечения, но и так и не вернулись к инсулинотерапии в течение двух лет, сохранив уровень гликированного гемоглобина ниже 7,5 %.

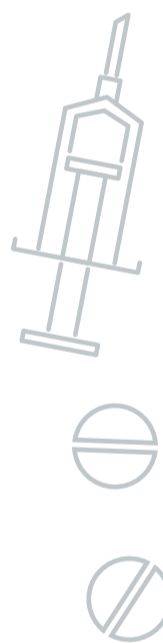
«ReCET — безопасная методика, которая в сочетании с семаглутидом может эффективно избавлять пациента от потребности в инсулине, — говорит доктор С. Буш, ведущий автор исследования. — Это новый способ лечения СД 2-го типа с помощью одной эндоскопической процедуры вместо многократных инъекций инсулина. Правда, пока непонятно, потребуется ли повторять ее, ведь я не уверен, что эффект сохранится навсегда».

## ГОРЕ ОТ УМА?

Колоноскопия при помощи искусственного интеллекта (ИИ) приводит к увеличению числа эндоскопических резекций колоректальных новообразований. Казалось бы, это хорошо. Но, как выяснилось, не все так однозначно. Согласно исследованию, представленному на ежегодной конференции Американской коллегии гастроэнтерологов (2024), технологии ИИ при колоноскопии не только повышают уровень выявления различных образований толстой кишки, в том числе неопухолевых поражений, но и способствуют росту числа эндоскопических операций. «Потенциальные последствия такого положения дел включают увеличение рисков осложнений, а также дополнительные финансовые расходы без пока еще доказанного дополнительного преимущества в профилактике колоректального рака (КРР)», — утверждает ведущий автор исследования Тесса Херман, главный ординатор в Университете Миннесоты (США).

В работе, проведенной в Медицинском центре ветеранов Миннеаполиса, Херман и ее коллеги сравнили показатели выявления аденом между группой пациентов, прошедших ИИ-ассистированную колоноскопию, и когортой больных, которым колоноскопия проводилась без ИИ. У последних доброкачественные изменения слизистой оболочки, подвергнутые полипэктомии, были выявлены всего в 8,4 % случаев, в то время как при применении ИИ этот процент возрос до 12,4 %. Однако при гистологическом исследовании материала, удаленного при ИИ-ассистированных вмешательствах, чаще всего выявлялись неизменная слизистая оболочка толстой кишки, лимфоидные фолликулы и гиперпластические полипы. По словам Херман, если применить полученные результаты к 15 миллионам колоноскопических исследований, проводимых в США ежегодно, то внедрение ИИ приведет к значительному увеличению числа процедур, при которых удаляются неопухолевые изменения (примерно на 600 тыс. в год).

«Технология ИИ находится в стадии становления, и чем больше данных мы получим, тем полезнее будет узнать, действительно ли мы удаляем нужные образования», — заявил Дэниел Памбианко, председатель прошлой годней конференции Американской коллегии гастроэнтерологов (2023). «Нам нужен инструмент, который поможет не трогать все то, что не угрожает развитием ЗНО», — прокомментировала проблему Сита Чохаватия, сопредседатель сессии по использованию ИИ при колоноскопии.



## ТРЕВОЖНАЯ СТАТИСТИКА

В последнее время растет распространенность колоректального рака (КРР) с ранним началом, то есть выявленного у пациентов младше 50 лет. Показатели смертности от такого КРР значительно повысились в тех же США в последние два десятилетия. Об этом свидетельствует анализ двух крупнейших американских баз данных. Особенно отчетливо печальный тренд прослеживается в возрастной группе 20–44 лет, хотя повышенная смертность наблюдается у всех пациентов, включенных в анализ (20–54 лет), независимо от стадии опухоли на момент постановки диагноза. «Необходимо повышать осведомленность молодых людей о симптомах КРР, а также онкологическую настороженность обращающихся с анемией, желудочно-кишечными кровотечениями или изменениями в работе кишечника», — считает доктор Язан Аббуд, представивший результаты исследования на научной встрече Американской коллегии гастроэнтерологов в 2024 году.

В связи с ростом заболеваемости КРР медицинские сообщества США рекомендовали снизить возраст скрининга до 45 лет. Экспертная группа по профилактическим услугам США сделала это еще в 2021 г., что привело к значительному снижению риска развития КРР. И хотя число случаев КРР среди пожилых людей в целом снижается, представляют интерес причины парадоксального роста заболеваемости этой патологией молодых людей и ее влияние на показатели смертности.

Доктор Аббуд и его коллеги проанализировали скорректированные по возрасту показатели смертности от КРР с ранним началом заболевания в 2000–2022 гг. Всего в базе данных было зарегистрировано 147 026 смертей от КРР во всех изучаемых возрастах, из которых около трети пришлось на пациентов 20–44 лет. «Оценивая базу данных и стратифицируя опухоли по стадии на момент постановки диагноза, мы продемонстрировали увеличение смертности от раннего КРР как при опухолях на ранней, так и на поздней стадии в среднем за период исследования», — сообщил доктор Аббуд.

«Подозреваю, что у многих молодых пациентов КРР был обнаружен на более продвинутой стадии из-за позднего обращения и диагностического тестирования», — прокомментировал профессор Дэвид А. Джонсон, руководитель отделения гастроэнтерологии Медицинской школы в Норфолке (Восточная Вирджиния, США). По словам Джонсона, молодые пациенты могут игнорировать тревожные признаки, указывающие на возможный КРР: «В частности, кишечные кровотечения и железодефицитная анемия требуют целенаправленного диагностического поиска в таких группах больных».

## ОСТОРОЖНО: ЦЕЛИАКИЯ!

Антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА) способны ухудшить прогноз пациентов с целиакией из-за повышенного риска дефицита железа, диареи и боли в животе. Об этом свидетельствуют результаты исследования, представленного на ежегодной конференции Американской коллегии гастроэнтерологов (2024).

Причина этих рисков может быть связана с похожими патофизиологическими механизмами развития АРА-ассоциированной энтеропатии и целиакии. В целом прием АРА был связан с увеличением риска снижения уровня гемоглобина и сывороточного железа, а также появления диареи и боли в животе. А вот риск потери веса, мальабсорбции или дефицита витаминов не увеличивался.

«Врачи должны с осторожностью назначать блокаторы ангиотензиновых рецепторов пациентам с целиакией, — призывает ведущий автор исследования Изабель Худжозль, директор клиники Центра целиакии при Университете Вашингтона (Сиэтл, США). — Пациенту с рефрактерной целиакией, когда симптомы сохраняются несмотря на безглютеновую диету, необходимо пересмотреть список лекарств с потенциальной отменой АРА, если больной принимает их». Поскольку АРА относятся к числу широко используемых препаратов, они могут усугублять симптомы целиакии у страдающих ею пациентов.

## ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ: ЧТО НОВОГО?

В 2024 году были опубликованы обновленные российские клинические рекомендации (КР) по лечению язвенного колита (ЯК), а также новые КР Американской гастроэнтерологической ассоциации (АГА), посвященные терапии умеренного и тяжелого ЯК. В обоих документах подчеркивается важность использования современных подходов к лечению (включая генно-инженерные биологические препараты — ГИБП и таргетные иммуносупрессоры) для улучшения результатов терапии. Для достижения ремиссии рекомендованы лекарственные средства (ЛС) с доказанной высокой эффективностью (инфликсимаб, ведолизумаб, озанимод, этрасимод, упадацитиниб, устекинумаб, рисанкизумаб и гуселькумаб), широко используемые в США и странах ЕС, где они зарегистрированы для терапии ЯК. В качестве альтернативы рассматриваются ЛС с умеренной эффективностью (адалимумаб, филготиниб и мирикизумаб), что позволяет расширить выбор при составлении плана индивидуальной терапии. Назначение ингибиторов JAK-киназы (тофацитиниб и упадацитиниб) зависит от опыта предыдущего лечения. В США эти препараты рекомендуют пациентам, у которых не было эффекта от антагонистов ФНО-α, тогда как в ЕС их применение требует особой осторожности у больных с сердечно-сосудистой или онкологической патологией в анамнезе. Упадацитиниб демонстрирует наиболее высокую эффективность среди ЛС этой группы, обеспечивая ремиссию у 47 % пациентов по сравнению с 12 % в группе плацебо. При использовании некоторых препаратов рекомендуется продление индукционной терапии или повышение дозы для достижения оптимального результата. Биосимиляры инфликсимаба, адалимумаба и устекинумаба признаны эквивалентными оригинальным ЛС, что расширяет возможности лечения, особенно в условиях ограниченного бюджета. При выборе терапии важно учитывать возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний или беременности, а также индивидуальные предпочтения (в том числе форму введения ЛС). Больным с высоким риском инфекций назначают препараты с низкой вероятностью их развития — ведолизумаб и антагонисты интерлейкинов (устекинумаб, мирикизумаб). ❌

## ДАНЬ ПАМЯТИ

Високосный год  
в мире эндоскопии

Эндоскопическое сообщество давно уже вышло далеко за рамки непосредственно профессиональной деятельности. Оно проводит научную работу, обучение и обмен опытом, в том числе дистанционно, при участии множества специалистов, которые по праву считаются локомотивом нашего эндоскопического братства. Врачи, в чьих руках находятся и здоровье пациентов, и технологии, разрабатываемые ради этого, служили для нас ориентиром всегда, и в уходящем году тоже! А в этом году наши ряды, к сожалению, поредели.

Не стало **Станислава Юрьевича Орлова** — наставника, профессионала, энциклопедиста, который как никто чувствовал каждого приходившего к нему на обучение и заряжал всех нас позитивом, даже когда повод к тому был минимальный. Человек, который в далеком 2000 году ходил с косой, а на дежурствах слушал Оззи Осборна (даже солнцезащитные очки раздобыл где-то той же марки!), показал, что и как можно делать в мире эндоскопии. А еще он напутствовал молодежь фразой, которая до сих пор мне очень близка: «Be ambitious, boys!»

Неожиданно, на взлете, ушел **Борис Николаевич Фросин**, руководитель компании DTmedical, ведущей трансляции из операционных. Борис настолько гармонично влился в наш эндоскопический мир, что наблюдавшие за ним со стороны спрашивали, как давно он работает в отделении. Как много он сделал для организации нашего общения во время пандемии! Борис был переполнен эфирами и трансляциями. Однажды мы с командой канала BMSEndoscopy создали интерактивный проект «Анатомический лекторий, час горячей эндоскопии». По завершении эфира Борис прислал мне фото со своей кухни: его младшее чадо сидит перед ноутбуком, показывая пальцами на экран, где мы с коллегами что-то обсуждаем!

Невосполнимой утратой оказалась для нас смерть профессора **Алексея Степановича Балалыкина**, вице-президента Общества эндоскопических хирургов России, члена правления Российского эндоскопического общества. Человек-легенда, автор настольных книжек по эндоскопии, на которых училось не одно поколение специалистов! Его литературный стиль узнаваем и служит образцом в нашей профессии. Учил с легкостью и ироничной улыбкой, был всегда открыт и отзывчив. Планировали снять на его даче под Наро-Фоминском очередной фильм «История глазами учителей». Все уже было готово, даже светом и камерой с микрофоном коллеги снабдили, но в начале октября пришло сообщение, что Алексей Степанович в больнице, а 26 ноября его не стало...

Пусть ни один ультрасовременный эндоскоп не похлопает тебя по плечу и не пригласит в гости, но зато даже самый старенький, выдавший виды прибор способен собрать вокруг себя людей, которые не только начнут обсуждать, каких дел можно с его помощью натворить, но и обязательно станут друзьями!

Михаил Бурдюков, д.м.н.

Закон подобия:  
макрокосм в микрокосме

«Друг друга отражают зеркала, / Взаимно искажая отраженья», — написал поэт Георгий Иванов. Но если сравнить диагностические снимки внутреннего мира пациента с его внешним, то есть природным, подобием мы увидим, что искажение тут минимальное. Мембрана двенадцатиперстной кишки похожа на расцветающий пион, а зубчатое образование в толстой кишке — на новогодние снежинки... Эти замечательные фотографии сделали профессионалы, не утратившие способность включать воображение, удивляясь увиденному под микроскопом, в объективе эндоскопа или на экране аппарата для эндоскопической ультразвуковой диагностики. Спасибо им за это!

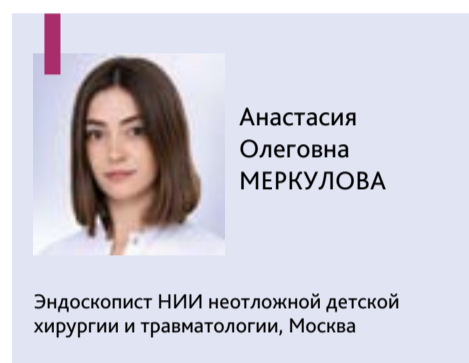


Рисунок 1а. Мембрана двенадцатиперстной кишки после эндоскопической мембранэктомии в анамнезе. Эндоскопия в белом свете

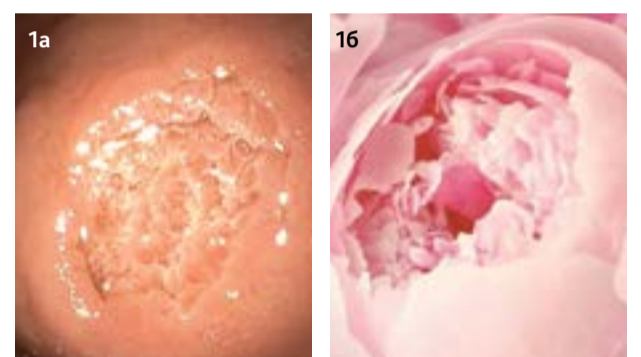


Рисунок 1б. Бутон пиона

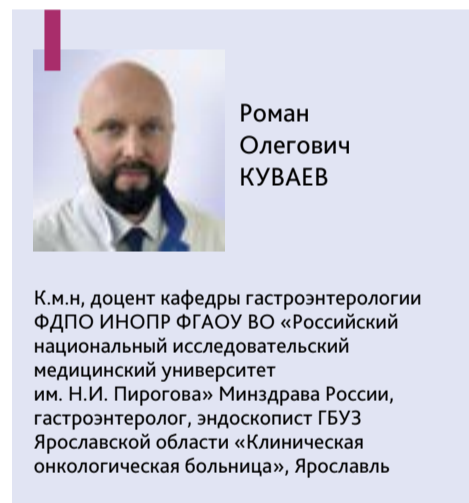


Рисунок 2а. Нормальные желудочные ямки (тело желудка). Эндоцитоскопия (оптическое увеличение в 520 раз) в узко-спектральном режиме визуализации (NBI)

Рисунок 2б. Лунные кратеры



Рисунок 3а. Парапанкреатическое отграниченное скопление жидкости при остром некротическом панкреатите. Эндосонография

Рисунок 3б. Вид на Землю из космоса

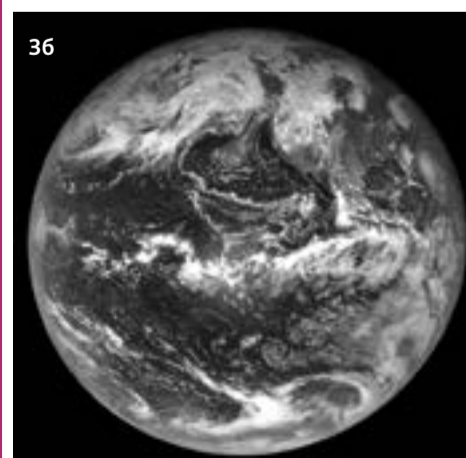
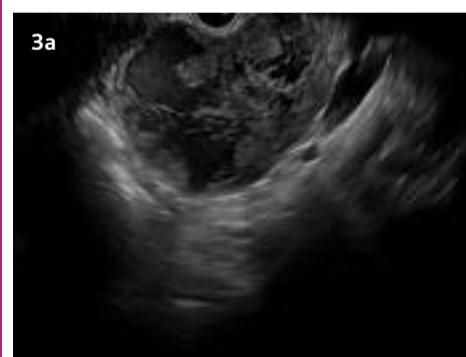
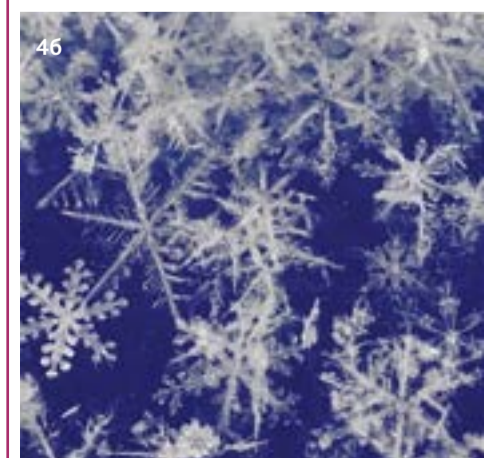
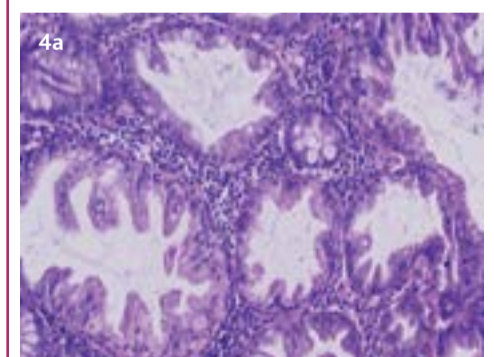


Рисунок 4а. Сидячее зубчатое образование (SSL) в толстой кишке. Микроскопия с окраской гематоксилином-эозином

Рисунок 4б. Новогодние снежинки



## Гастроэнтерологический кроссворд



## По горизонтали

- Для морфологического описания какого органа используется система OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment)?
- Каким словом называют переход одного вида тканей в другой в пределах одного зародышевого листка?
- Как называется глубокий дефект слизистой оболочки, подслизистого и мышечного слоев желудка или двенадцатиперстной кишки?
- Какая классификация используется для оценки локализации поражения при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК)?
- Как называется метод исследования прямой кишки при использовании жесткого ректоскопа (на приеме у проктолога) и дистального отдела сигмовидной кишки при использовании гибкого эндоскопа на приеме у эндоскописта?
- Как называется переходная линия между эпителием пищевода и желудка?

## По вертикали

- В каком городе на Европейской гастро неделе в 2004 году была разработана классификация пищевода Барретта?
- Какая шкала используется для оценки подготовки толстой кишки к колоноскопии?
- Какой препарат является препаратом выбора при лечении псевдомембранозного колита?
- С каким животным связан эндоскопический признак эозинофильного эзофагита?
- Как называется шкала оценки тяжести течения острого гастроэнтерита?
- Как называется симптом, при котором пальпаторно определяется увеличенный и безболезненный желчный пузырь?
- Какое название имеет грыжевидное выпячивание стенки полого органа?
- Какой желчный пигмент придает калу характерный цвет?

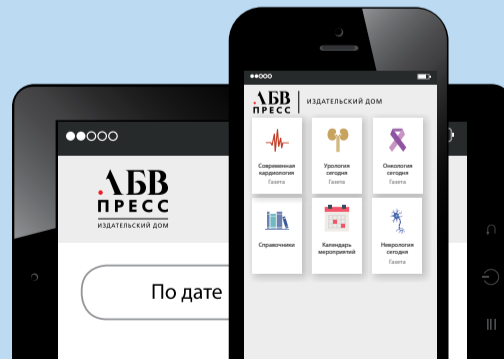
Ответы на кроссворд будут опубликованы в следующем номере

**АБВ  
ПРЕСС**  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

www.abvpress.ru

### Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.



- ГАЗЕТЫ
- КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
- СПРАВОЧНИКИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

➤ УДОБНЫЙ ФУНКЦИОНАЛ: ВОЗМОЖНОСТЬ ЧТЕНИЯ ОФЛАЙН

Реклама

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

2 (07) / 2024  
**ГАС ТР ЭН ТЕР ОЛО ГИ Я**  
СЕГОДНЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

**УЧРЕДИТЕЛЬ**  
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Генеральный директор:  
Леонид Маркович Наумов

**АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ**  
115478, Москва,  
Каширское шоссе, 24, стр. 15  
Тел. +7 (499) 929-96-19  
E-mail: abv@abvpress.ru  
www.abvpress.ru

**РЕДАКЦИЯ**  
Главный редактор:  
Роман Олегович Куваев

Выпускающий редактор: И.В. Ковалева

Директор по рекламе: К.Ю. Петренко  
Руководитель проекта: О.А. Строковская

Дизайн и верстка: С.С. Крашенинникова  
Корректор: И.Г. Бурд

**ПЕЧАТЬ**  
Отпечатано в типографии  
ООО «Юнион Принт»,  
Нижний Новгород,  
Окский съезд, 2, к. 1.  
Заказ № 243381.

Общий тираж 5600 экз.

**РАСПРОСТРАНЕНИЕ**  
По подписке. Бесплатно.  
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-78675 от 10 июля 2020 г.

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.

# ФЛОРИОЗА — МИКРОФЛОРЕ ПОЛЬЗА



3 компонента в одном саше<sup>3</sup>



## Пробиотики

3 миллиарда пробиотических бактерий



## Пребиотик

Инулин 800 мг



## Витамины группы В

Позволяет восполнять дефицит витаминов, развивающийся вследствие кишечного дисбиоза<sup>4</sup>

РЕКЛАМА

## ПРОБИОТИКИ И ПРЕБИОТИКИ

### Симбиоз и синергия<sup>1</sup>:

После приема антибиотиков исходный состав микробиоты кишечника в основном составе восстанавливается в течение 1,5 месяцев, но некоторые распространенные виды пробиотических бактерий не обнаруживаются и через 6 месяцев<sup>2</sup>.

Для восстановления нормальной микрофлоры используются пробиотики. Включение пребиотика положительно влияет на состав и активность лактобактерий и бифидобактерий. Кроме того, в процессе метаболизма из инулина образуются КЦЖК\*, которые способствуют улучшению защитной функции кишечника.



УЗНАТЬ БОЛЬШЕ  
**FLORIOZA.RU**



СГР: № RU.77.99.11.003.E.001326.04.19 от 09.04.2019 г. \*КЦЖК – короткоцепочечные жирные кислоты. 1. Лузина Е.В., Ларева Н.В., Ассоциированная с антибиотиками диарея в клинической практике, Терапевтический Архив, 2, 2013 с 85-88. 2. Palleja, A., Mikkelsen, K.H., Forslund, S.K. et al. Recovery of gut microbiota of healthy adults following antibiotic exposure. Nat Microbiol 3, 1255-1265 (2018). 3. Листок вкладыш БАД ВитаСтронг Флориоза RU.77.99.11.003.E.001326.04.19. 4. Ших Е.В., Соловьева С.А., Перков А.В. Синергизм компонентов как основной подход к формированию пробиотического комплекса. Медицинский совет. 2020;(5):120-127. совет.2020;(5):120-127.

За дополнительной информацией обращаться в АО «РАНБАКСИ» (группа компаний SUN PHARMA), Адрес: 107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, д. 27, стр. 8, пом. 14/1, тел. +7 (495) 234-51-70, <https://sunpharma.com/russia/>, E-mail: [drugsafety.russia@sunpharma.com](mailto:drugsafety.russia@sunpharma.com).

Flor-CON-1-3/23

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ