

VIII Междисциплинарная научная конференция Московского региона

11–12 февраля 2025 г.

СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ И СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ И ГЕПАТОЛОГИИ



Сайт трансляции:
gastromedforum.ru

ТЕЗИСЫ
победителей
в конкурсе
студенческих
научных работ



Федеральное государственное
бюджетное учреждение
дополнительного
профессионального
образования

«ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Управления делами Президента
Российской Федерации



МЕДФОРУМ



Содержание

Язвенная болезнь желудка и ее диагностика	3
<i>Галстян В.О.</i>	
Какова роль пробиотиков при лечении синдрома раздраженного кишечника?	4
<i>Гариева Э.В.</i>	
Диагностика и выявление рака поджелудочной железы	6
<i>Добрынина С.С.</i>	
Хронический гастрит и принципы его лечения.....	7
<i>Касилина В.А.</i>	
Влияние диет на желудочно-кишечный тракт	9
<i>Татарина П.А.</i>	
Влияние пребиотической клетчатки на состав кишечной микробиоты и симптомы синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров	11
<i>Темирбиева А.Р.</i>	
Симптомы и методы лечения синдрома раздраженного кишечника	13
<i>Торгова М.С.</i>	

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ЕЕ ДИАГНОСТИКА

Галстян Виктория Оганнесовна

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

E-mail: markostrovkin32@gmail.com

Введение. Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) – циклично рецидивирующая хроническая болезнь, характерным признаком которой служит изъязвление стенки желудка. ЯБЖ является наиболее распространенной патологией желудочно-кишечного тракта: по разным данным, в мире этим недугом страдают от 5 до 15% населения. Около 80% случаев первичного выявления язвы желудка приходится на трудоспособный возраст (до 40 лет). У детей и подростков язвенную болезнь желудка диагностируют крайне редко.

Цель. Определить методы для диагностики язвенной болезни желудка.

Материалы и методы. Основным этиологическим фактором формирования язвенной болезни желудка служит инфицирование *H.pylori* – более чем у 80% пациентов выявляются положительные тесты на хеликобактерную инфекцию.

Морфологическая картина при язвенной болезни желудка претерпевает ряд изменений. Первичным субстратом возникновения язвы является эрозия – поверхностное повреждение эпителия желудка, формирующееся на фоне некроза слизистой оболочки. Эрозии обычно выявляют на малой кривизне и в пилорическом отделе желудка, дефекты эти редко бывают единичными. Размеры эрозий могут колебаться от 2 мм до нескольких сантиметров. Визуально эрозия представляет собой дефект слизистой, не отличающейся по виду от окружающих тканей, дно которого покрыто фибрином. Полная эпителизация эрозии при благоприятном течении эрозивного гастрита происходит в течение трех суток без формирования рубцовой ткани. При неблагоприятном исходе эрозии трансформируются в острую язву желудка. Острая язва образуется при распространении патологического процесса в глубину слизистой оболочки. Черная окраска дна язвы возможна при повреждении сосуда и образовании гематина. Благоприятный исход острой язвы заключается в рубцевании в течение двух недель, неблагоприятный знаменует переходом процесса в хроническую форму.

Стандартом диагностики язвенной болезни желудка является эзофагогастродуоденоскопия. ЭГДС позволяет визуализировать язвенный дефект у 95% пациентов, определить стадию заболевания. Эндоскопическое исследование дает возможность своевременно выявить осложнения язвенной болезни желудка, провести эндоскопическую биопсию, хирургический гемостаз.

Рентгенография желудка (гастрография) – первостепенное значение приобретает в диагностике рубцовых осложнений и пенетрации язвы в рядом расположенные органы и ткани. При невозможности проведения эндоскопической визуализации рентгенография позволяет верифицировать язву желудка в 70% случаев.

Учитывая огромную роль хеликобактерного инфицирования в развитии ЯБЖ, всем пациентам с данной патологией проводят обязательные тесты на выявление *H. pylori*.

Вывод. В современном мире люди зачастую не обращаются к врачам в нужный момент, думая, что боли пройдут сами собой. Но в случае рассматриваемой болезни пациенту следует незамедлительно обратиться к врачу при проявлении первых же симптомов, чтобы избежать осложнений.

КАКОВА РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА?

Гариева Элина Вадимовна

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

E-mail: garieva_05@mail.ru

Ключевые слова. Синдром раздраженного кишечника, пробиотики, *Bifidobacterium longum* 35624, качество жизни.

Актуальность. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – это функциональное расстройство пищеварительной системы, затрагивающее 10–15% населения, особенно женщин в возрасте от 20 до 45 лет. Основные симптомы СРК включают боль в животе, кишечные расстройства и нарушения стула. Эти симптомы могут значительно ухудшать качество жизни пациентов, приводя к физическому и эмоциональному дискомфорту. В связи с этим поиск эффективных методов лечения и управления симптомами СРК становится актуальной задачей для медицинского сообщества. Научные исследования демонстрируют, что пробиотики могут играть важную роль в лечении этого синдрома, поскольку они помогают восстановить нормальную микрофлору кишечника.

Цель. Выяснить, какова роль пробиотиков при лечении синдрома раздраженного кишечника.

Материалы и методы. В проспективное исследование, проведенное в открытом и многоцентровом формате, были включены 233 пациента с синдромом раздраженного кишечника (на основании Римских критериев IV), из которых 71,2% составляли женщины. Средний возраст обследуемых составил 52 года. Из этих пациентов у 48,1% был СРК средней тяжести, а у 46,4% — СРК тяжелой степени. Пациенты получали по одной капсуле *Bifidobacterium longum* 35624 в день в течение 30 дней. Тяжесть заболевания (оценивалась по шкале оценки тяжести СРК) и качество жизни пациентов (оценивалось по опроснику качества жизни при СРК) сравнивались при включении в исследование (исходное состояние) и в конце 30-дневного курса лечения. Характеристики пациентов описывались при включении в исследование. Сравнение непрерывных переменных при включении в исследование и в конце лечения проводилось с помощью t-критерия Стьюдента и критерия Краскала – Уоллиса. Сравнение категориальных переменных проводилось с помощью критерия согласия Пирсона (хи-квадрат).

Результаты. Исследование показало, что после 30-дневного периода применения одной капсулы *Bifidobacterium longum* 35624 в день наблюдалось значительное снижение степени тяжести синдрома раздраженного кишечника по сравнению с исходным состоянием пациентов ($M \pm SD$, баллы по шкале оценки тяжести СРК: 208 ± 104 в сравнении с 303 ± 81 ; $p < 0,001$). 57% пациентов смогли перейти в более низкие категории степени тяжести или достигли ремиссии. Лечение также способствовало улучшению качества жизни пациентов (оценка по опроснику качества жизни при СРК: $68,8 \pm 20,9$ в сравнении с $60,2 \pm 20,5$; $p < 0,001$): 63,8% пациентов были удовлетворены лечением.

Вывод. Применение пробиотиков может способствовать восстановлению баланса кишечной микрофлоры, нарушенного стрессом и неправильным питани-

ем, что является важным фактором в управлении синдромом. Так, применение *B. longum* 35624 у лиц с синдромом раздраженного кишечника, особенно пролонгированный (до трех месяцев) курс приема, способствовало снижению тяжести заболевания и помогло в значительной мере повысить качество жизни пациентов.

Назначение пробиотиков с доказанной эффективностью, соответствующих современным стандартам, представляет собой перспективный метод для улучшения терапии пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Исследования показывают эффективность различных штаммов пробиотиков в облегчении симптомов СРК за счет восстановления нормальной микрофлоры и снижения интенсивности воспалительных процессов.

ДИАГНОСТИКА И ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Добрынина С.С.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

E-mail: sonya.dobrynina.05@bk.ru

Введение. Рак поджелудочной железы – злокачественное новообразование, которое возникает в тканях поджелудочной железы. Это важный орган, отвечающий за выработку ферментов для переваривания пищи и гормонов, включая инсулин. Этот тип рака часто диагностируется на поздних стадиях, когда лечение становится более сложным. Чаще всего это заболевание выявляется у людей пожилого возраста старше 60–65 лет, гораздо реже встречается у людей младше 45 лет.

Цель. Определить необходимые методы для диагностики и выявления рака поджелудочной железы.

Материалы и методы. Для своевременного выявления болезни на ранней стадии необходимо ежегодно проходить обследования, делать УЗИ брюшной полости, посещать гастроэнтеролога и терапевта. Самыми эффективными методами исследования считаются МРТ и КТ с контрастом. Более дорогостоящим обследованием на сегодняшний день является ПЭТ-КТ (позитронно-эмиссионная томография), оно позволяет выявить, какие органы поражены отдаленными метастазами.

Также важными методами исследования, помогающими выявить заболевание, считаются анализы крови на онкомаркеры, СА 19-9 и РА (раково-эмбриональный антиген), крови на сахар, а также биохимический анализ крови, в котором могут быть повышенные показатели АЛТ и АСТ.

КТ брюшной полости и МРТ малого таза тоже являются неотъемлемой частью исследований при обнаружении злокачественного новообразования поджелудочной железы.

Самым точным методом диагностики рака является биопсия (эндоскопически вводится игла и берется материал для исследования). Если опухоль поджелудочной железы перекрывает желчный проток, в крови может повыситься билирубин, который тоже диагностируется в биохимическом анализе крови. Слабость, быстрая утомляемость, снижение массы тела, изменение цвета мочи и кала, – все это тоже может говорить о серьезных изменениях в организме.

Вывод. Рак поджелудочной железы считается самым опасным среди всех онкологических заболеваний, так как его почти невозможно диагностировать на ранних стадиях. По этой причине пациенты, при недостаточно тщательном обследовании, могут получить рекомендации по лечению других гастроэнтерологических заболеваний, таких как панкреатит, гастрит или язвенная болезнь, вместо правильного раннего назначения необходимой терапии.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ПРИНЦИПЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Касилина Виктория Алексеевна

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

E-mail: kasilina_vika@icloud.com

Введение. Хронический гастрит представляет собой длительно протекающее заболевание, характеризующееся развитием ряда морфологических изменений слизистой оболочки желудка: увеличением ее круглоклеточной инфильтрации, нарушением регенерации эпителия желез с последующей постепенной атрофией эпителиальных клеток, замещением нормальных желез соединительной тканью и их перестройкой по кишечному или пилорическому типу. Прогрессирующие при хроническом гастрите структурные изменения слизистой оболочки желудка сопровождаются различными нарушениями основных его функций, отражаясь в первую очередь на характере секреции соляной кислоты и пепсина.

Решающее значение имело открытие нового вида микроорганизма – бактерии *Helicobacter pylori* – и изучение ее роли в патологии человека. Инфекция *H. pylori* имеет глобальное значение и широко распространена, в том числе и в нашей стране, ею по эпидемиологическим данным инфицированы более 80% взрослого населения. Заражение *H. pylori* приводит к появлению воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке желудка, а присутствие *H. pylori* всегда сопровождается морфологическими признаками гастрита. Гастрит имеет возможность переходить в язвенную болезнь, откуда может развиться рак. Именно поэтому гастрит нужно выявлять как можно скорее и назначать лечение, чтобы не усугубить ситуацию.

Цель. Определить основные принципы лечения при хроническом гастрите.

Материалы и методы. Инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами непосредственно вызвана бактерией, которая выделяет особый белок, активирующий нейтрофилы. Таким образом, этому микроорганизму присуще специфическое качество вызывать нейтрофильную инфильтрацию слизистой оболочки желудка, характеризующую активность гастрита. *H. pylori* вызывает изменение нормальных процессов регенерации желудочного эпителия. В зависимости от вирулентных свойств *H. pylori* и генетических особенностей макроорганизма исходы инфекции *H. pylori* различны: у большинства инфицированных хронический гастрит протекает бессимптомно, у части больных (по данным некоторых авторов, у 6% инфицированных) развивается язвенная болезнь. Прогрессирование гастритических изменений может с течением времени привести к развитию рака желудка. Инфекция *H. pylori* признана Международным агентством по исследованию рака ВОЗ канцерогенной для человека.

Длительная персистенция *H. pylori* сопровождается прогрессированием гастритических изменений: с годами гастрит становится атрофическим. Еще до открытия *H. pylori* было известно, что атрофический гастрит может рассматриваться как предраковое заболевание. Значимость атрофического гастрита в канцерогенезе определяется частотой встречаемости – на его долю приходится 3/4 в структуре предраковых заболеваний.

Важную роль в лечении больных, страдающих хроническим гастритом, играет диетическое питание. Цель лечения заключается в уменьшении симптомов и ускорении

заживления поражений слизистой оболочки, а также в предотвращении возможных осложнений, такие как язвенная болезнь, изъязвление и его последствия.

В фармакологической терапии используются три группы лекарственных препаратов (аналогично лечению язвенной болезни):

1. Ингибиторы желудочной секреции соляной кислоты, включая блокаторы H₂-рецепторов (ранитидин, циметидин, фамотидин); ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол, лансопразол).

2. Средства, нейтрализующие соляную кислоту, щелочные препараты, содержащие в основном алюминий или магний.

3. Коллоидные соединения (Вентрисол, ДеНол), образующие защитную пленку и вызывающие повышение уровня эндогенного простагландина. Используются в сочетании с антибиотиками и метронидазолом: сукральфат проявляет цитопротекторную активность за счет образования алюминиево-белкового комплекса, который прилипает на поверхность слизистой оболочки, пораженной воспалением, или к язве, защищая ее от доступа соляной кислоты. Принцип лечения этими препаратами заключается в приеме их в то время, когда кислотность желудочного содержимого увеличивается, т.е. через час после еды и перед сном.

Вывод. В современном мире здравоохранение направляет все больше усилий на предупреждение, а не лечение заболеваний, поэтому есть острая необходимость диагностировать их на самых ранних стадиях, даже при бессимптомном течении. Болезни, связанные с гастроэнтерологией, не отстают по показателям смертности от болезней сердечно-сосудистой системы. Так, например, рассматриваемое заболевание хронический гастрит несет в себе способность перетекать в язвенную болезнь, а после и в рак. Именно поэтому при появлении болевых ощущений в области желудка следует немедленно обращаться к врачу, чтобы избежать серьезных последствий возможного заболевания.

ВЛИЯНИЕ ДИЕТ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

Татарина Полина Александровна

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

E-mail: polichka.tatarinova@mail.ru

Актуальность. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются одной из самых распространенных медицинских проблем современного общества. Неправильное питание и несбалансированные диеты могут способствовать развитию различных патологий, таких как гастрит, язвенная болезнь, синдром раздраженного кишечника и ожирение. В связи с этим исследование влияния различных диет на состояние ЖКТ становится особенно актуальным для разработки эффективных методов профилактики и лечения заболеваний.

Цель. Целью данного исследования является изучение влияния различных диет на здоровье и функционирование желудочно-кишечного тракта, а также выявление оптимальных режимов питания для поддержания нормальной активности ЖКТ.

Задачи исследования.

1. Анализ существующих диет и их влияния на ЖКТ.
2. Оценка состояния желудочно-кишечного тракта у людей, придерживающихся различных диет.
3. Выявление взаимосвязей между составом диеты и характером заболеваний ЖКТ.
4. Разработка рекомендаций по диетотерапии для пациентов с заболеваниями ЖКТ.

Материалы и методы. В данном исследовании использовалась информация:

- анкет и опросников для сбора данных о привычках питания респондентов;
- клинических обследований пациентов с заболеваниями ЖКТ, включая гастроскопию и колоноскопию;
- лабораторных исследований, такие как анализ кала и исследование биохимических показателей;
- статистические методы для анализа полученных данных.

Результаты исследования.

1. Установлено, что высокое содержание жиров и углеводов в диете связано с увеличением случаев ожирения и таких заболеваний, как гастрит и язвы.
2. Применение диет, богатых клетчаткой (например, средиземноморская диета), связано с улучшением состояния пациентов с синдромом раздраженного кишечника.
3. Наблюдалась положительная динамика у пациентов, следящих за режимом питания, включая регулярное потребление малых порций и достаточное количество жидкости.
4. Выявлены статистически значимые изменения в биохимических показателях у участников, придерживающихся различных диет.

Вывод.

1. Диета оказывает значительное влияние на здоровье и функционирование желудочно-кишечного тракта.
2. Оптимизация рациона питания может помочь в профилактике и лечении заболеваний ЖКТ.

3. Рекомендации по улучшению диетических привычек должны основываться на индивидуальных особенностях каждого пациента.

4. Необходимо дальнейшее изучение взаимосвязи между диетой и заболеваниями ЖКТ для разработки более эффективных методов диетотерапии.

Данные выводы подчеркивают важность сбалансированного питания как неотъемлемой части поддержания здоровья желудочно-кишечного тракта и профилактики заболеваний.

ВЛИЯНИЕ ПРЕБИОТИЧЕСКОЙ КЛЕТЧАТКИ НА СОСТАВ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И СИМПТОМЫ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ

Темирбиева Амина Руслановна

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

E-mail: amina143030@mail.ru

Введение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта, характеризующееся хронической абдоминальной болью, вздутием живота и нарушениями стула. По данным статистики, заболевания СРК с преобладанием запоров (СРК-З) являются одними из наиболее распространенных среди подтипов СРК, значительно снижающими качество жизни пациентов. В патогенезе СРК-З важную роль играет дисбиоз кишечника, проявляющийся изменением состава и функциональной активности кишечной микробиоты. Пребиотическая клетчатка, способствующая росту полезных микроорганизмов в кишечнике, может оказывать значительное влияние на состав микробиоты и, следовательно, на симптомы СРК-З.

Цель. Целью данного исследования является изучение влияния пребиотической клетчатки на состав кишечной микробиоты и симптомы синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров. Мы стремимся определить, как увеличение потребления пребиотиков может изменить микробиом и улучшить клинические проявления СРК-З.

Материалы и методы. Для исследования влияния пребиотической клетчатки (инулина) на состав кишечной микробиоты и выраженность клинических симптомов у пациентов с СРК-З были отобраны пациенты с установленным диагнозом СРК-З. Для достижения поставленной цели было проведено рандомизированное контролируемое исследование с участием 60 пациентов. Участники были разделены на две группы: первая группа получала пребиотическую клетчатку (10 г инулина в день) в течение восьми недель, тогда как контрольная группа получала плацебо.

Оценка состава кишечной микробиоты проводилась с помощью секвенирования 16S рРНК до начала исследования и после его завершения. Симптомы СРК оценивались с использованием стандартизированных анкет, таких как шкала оценки симптомов СРК (IBS-Symptom Severity Score) на начальном этапе и в конце исследования.

Основные параметры включали:

1. Интенсивность абдоминальной боли;
2. Частота стула;
3. Консистенция стула (по шкале Бристоль);
4. Вздутие живота;
5. Общая удовлетворенность состоянием здоровья.

Для анализа состава кишечной микробиоты у участников были собраны образцы кала до начала интервенции и после восьми недель. Образцы хранились при -80 °С до момента анализа.

Вывод. Результаты исследования показали, что пребиотическая клетчатка приводит к значительному улучшению симптомов, таких как уменьшение интенсивности абдоминальной боли и улучшение частоты стула. Анализ микробиоты выявил увеличение численности полезных бактерий, таких как *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*, что может способствовать улучшению состояния пациентов. Кроме того, наблюдалось значительное улучшение симптомов у участников, получавших пребиотики, по сравнению с контрольной группой. Эти данные подчеркивают важность пребиотической клетчатки как безопасного и эффективного метода облегчения симптомов синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров и открывают новые перспективы для дальнейших исследований в области гастроэнтерологии.

СИМПТОМЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Торгова Мария Сергеевна

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Введение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) является функциональным гастроэнтерологическим расстройством, которое проявляется хроническими болями в животе, дискомфортом, вздутием, нарушениями в работе кишечника и проблемами со стулом. Согласно статистике, этот синдром диагностируется у 10–15% людей, но только небольшая часть обращается за помощью к врачам. Данный синдром значительно снижает качество жизни, негативно отражаясь на физической активности и профессиональной деятельности.

Цель. Изучить основные проявления синдрома раздраженного кишечника и рассмотреть современные методы лечения для улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Основой синдрома раздраженного кишечника являются нарушения функционального характера, касающиеся работы кишечника. Основные симптомы включают в себя: боли в животе (чаще всего пациенты описывают их как спазмы или дискомфорт, которые снижаются после дефекации), ощущение неполного опорожнения кишечника, нарушение стула (диарея, запор), вздутие и метеоризм (частые жалобы на ощущение полноты и чрезмерное газообразование). Также возможно появление таких симптомов, как усталость, тошнота, изжога, частое или внезапное мочеиспускание, мигрени, слизь в кале. Хотя для лечения СРК не существует универсального препарата, облегчить симптомы можно с помощью диеты, изменения образа жизни и медикаментозной терапии.

В лечении рекомендуется:

1. Ведение дневника питания.
2. Регулярный прием пищи без длительных перерывов.
3. Употребление достаточного количества воды (не менее 2 литров в день).
4. Исключение продуктов, содержащих глютен.

Медикаментозное лечение включает применение спазмолитиков (для уменьшения боли), пробиотиков (для нормализации микрофлоры), слабительных (при запорах), препаратов против диареи, карминативных средств от вздутия, а также антидепрессантов в низких дозах для уменьшения болевых ощущений и стресса.

Вывод. Синдром раздраженного кишечника представляет собой сложное и многофакторное заболевание, которое требует индивидуального подхода к диагностике и лечению. Симптомы СРК, такие как боли в животе, диарея и запор, значительно ухудшают качество жизни пациентов. Эффективное лечение основано на комплексной терапии, включающей коррекцию питания и медикаментозное воздействие.