

**IX МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
МОСКОВСКОГО РЕГИОНА**

ТЕЗИСЫ



Сайт трансляции:
gastromedforum.ru

17–18 ФЕВРАЛЯ 2026 г.

**СОВРЕМЕННЫЕ
АЛГОРИТМЫ
И СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ
В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ
И ГЕПАТОЛОГИИ**



Федеральное государственное
бюджетное учреждение
дополнительного
профессионального
образования

«ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Управления делами Президента
Российской Федерации



МЕДФОРУМ



Содержание

Роль фруктозы в развитии стеатогепатита.....	3
<i>Родин Д.А.</i>	
Специфическая диагностика синдрома избыточного бактериального роста	5
<i>Карасева Е.А.</i>	
Предикторы рефлюксного синдрома среди молодежи	7
<i>Бабенко С.О.</i>	
Микроскопический колит: наиболее информативные визуализирующие методы диагностики	9
<i>Ак-оол Д.С.</i>	

РОЛЬ ФРУКТОЗЫ В РАЗВИТИИ СТЕАТОГЕПАТИТА

Родин Данила Александрович

Лечебное дело, 1 курс

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

heksogen5@yandex.ru

Актуальность. Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) – это заболевание, характеризующееся инфильтративным воспалением печени на фоне избыточного накопления жира в печени. НАСГ в настоящее время занимает важное место в клинической медицине и является крупной, растущей проблемой общественного здравоохранения.

Исторически считалось, что переизбыток, малоподвижный образ жизни, рационы питания, богатые жиром и добавленными сахарами, являются главными факторами риска для развития стеатоза печени, но последние данные свидетельствуют о том, что рационы с высоким содержанием фруктозы, вероятно, выступают одним из основных аспектов развития стеатогепатита.

Цель. Выяснить, какова роль и механизм влияния потребления фруктозы на развитие неалкогольной жировой болезни печени, стеатоза печени и неалкогольного стеатогепатита.

Материалы и методы. Известно, что преобладание в рационе питания углеводов с высоким гликемическим индексом сопряжено с развитием метаболического синдрома и НАСГ, между тем установлено, что НАСГ отмечается и у лиц, избегающих их потребления. По этой причине особого внимания заслуживает фруктоза с ее специфическим метаболизмом.

Во-первых, примерно 80% фруктозы, находящейся в крови системы воротной вены, поглощается печенью при первом прохождении. Фруктоза поступает в гепатоциты, в отличие от глюкозы, без внутреннего контроля и быстро трансформируется в фруктозо-1-фосфат. Данные преобразования фруктозы осуществляются посредством изоформы фруктокиназы – фруктокиназы С, отличающейся высоким аффинитетом к фруктозе и наибольшей способностью к ее фосфорилированию, что делает ее первостепенно важной для фруктолиза. Важно подчеркнуть, что фруктокиназа С осуществляет свои эффекты через истощение внутриклеточного АТФ с последующим развитием окислительного стресса и дисфункции митохондрий клеток печени, что является прямым повреждающим гепатоциты фактором.

Во-вторых, следует отметить, что по мнению ряда исследователей метаболиты фруктозы эквивалентны метаболитам этанола. По этой причине развиваются идентичные токсичные клеточные реакции и повреждение гепатоцитов, а потребление фруктозы способно вызывать дозозависимый эффект и картину повреждения печени, сопоставимую с таковой при употреблении алкоголя.

Результаты. Несмотря на то, что фруктоза, в отличие от глюкозы, характеризуется более низким гликемическим индексом, она обладает повышенным повреждающим действием на клетки печени, являясь одной из основных причин развития неалкогольного стеатогепатита из-за своей отличительной биометаболической трансформации.

Выводы. В современном обществе распространено высокое потребление фруктозы. Учитывая ее значительную роль в развитии неалкогольного стеатогепатоза, необходимо дальнейшее изучение данной проблемы, а также проведение мероприятий по регулированию и сокращению ее потребления среди групп населения, имеющих риск возникновения негативных для организма эффектов вследствие повышенного употребления фруктозы.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА

Карасева Елизавета Александровна

Лечебное дело, 1 курс

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

karaseva_1693@mail.ru

Актуальность проблемы. Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) – это состояние, характеризующееся аномально высокой численностью и измененным составом микроорганизмов в тонком кишечнике. Это приводит к нарушениям пищеварения, мальабсорбции питательных веществ и симптомам: диарее, метеоризму, болям в животе. Основная причина – чрезмерное размножение бактерий, преимущественно грамотрицательных аэробных и анаэробных форм, в то время как в норме в верхних отделах тонкой кишки преобладают грамположительные анаэробы, чей рост сдерживается кислой средой. Без лечения СИБР может привести к серьезным осложнениям: стеаторее, потере веса, слабости и неврологическим расстройствам вследствие дефицита витаминов (когнитивные нарушения, головные боли, нейропатии, утомляемость, мышечная слабость, судороги). Для диагностики традиционно используются инвазивное культуральное исследование содержимого тонкой кишки (считающееся «золотым стандартом») и неинвазивные дыхательные тесты. Однако вопрос сравнительной эффективности и точности этих методов остается дискуссионным.

Цель исследования. Сравнить диагностическую ценность двух методов выявления СИБР: водородно-метанового дыхательного теста с лактулозой (ВМДТ) и анализа кала на короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 65 пациентов (19 мужчин и 46 женщин, средний возраст 40 лет) с характерными для СИБР жалобами: вздутие живота, метеоризм, потеря веса, урчание. Пациенты с установленным диагнозом СРК были исключены для чистоты исследования. Участники были разделены на основную и контрольную группы. Всем им провели ВМДТ с 10 г лактулозы (пробы выдыхаемого воздуха брались натощак и каждые 15 минут после приема лактулозы) и биохимический анализ кала на дисбактериоз (КЖК).

Результаты. Оба теста были выполнены всем 65 пациентам без осложнений. Диагностическая чувствительность обоих методов оказалась одинаково высокой: 90,24% (положительные результаты совпали с истинно положительными в 37 из 41 случая). Однако по специфичности методы значительно различались. Специфичность ВМДТ составила 95,83% (отрицательные результаты совпали с истинно отрицательными в 23 из 24 случаев), в то время как специфичность анализа кала на КЖК была лишь 50,0% (совпадение только в 12 из 24 случаев). Общая точность ВМДТ (92,3%) существенно превысила точность культурально-го альтернативного метода (73,8%).

Выводы. Таким образом, при выборе метода диагностики СИБР необходимо учитывать не только доступность и стоимость для пациента, но и ключевые метрологические характеристики. Водородно-метановый дыхательный тест с лак-

тулозой продемонстрировал высокую чувствительность (90,24%), значительно более высокую специфичность (95,83% против 50%) и общую точность (92,3% против 73,8%) по сравнению с анализом кала на короткоцепочечные жирные кислоты. Это позволяет рекомендовать ВМДТ как высокоэффективный неинвазивный метод для диагностики синдрома избыточного бактериального роста.

ПРЕДИКТОРЫ РЕФЛЮКСНОГО СИНДРОМА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Бабенко София Олеговна

Врач-терапевт участковый ГП ДЗМ

sofya.babenko.2001@mail.ru

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является хроническим, рецидивирующим заболеванием, имеющим характерные клинические признаки (изжога, кислотная регургитация, дисфагия), обусловленными спонтанным, регулярно повторяющимся ретроградным забросом дуоденального или желудочного содержимого в пищевод (рефлюксным синдромом).

Актуальность проблемы не вызывает сомнений и заключается в чрезвычайно высокой распространенности. ГЭРБ является одним из наиболее встречаемых гастроэнтерологических заболеваний, в том числе у лиц молодого возраста.

Цель. Изучить клинические проявления и предикторы рефлюксного синдрома (РС) у лиц молодого возраста (от 18 до 25 лет).

Материалы и методы. В исследовании приняли добровольное участие 58 пациентов. Для анкетирования были отобраны 31 мужчина и 27 женщин с признаками РС в возрасте от 18 до 25 лет (медиана возраста – 22 года). Пациенты ответили на оригинальную анкету из 17 вопросов для оценки пищевого поведения, образа жизни и конкретизации проявлений рефлюксного синдрома.

Результаты. Первая часть анкетирования была посвящена пищевому поведению, образу жизни и иным предикторам рефлюксного синдрома. Только 15,5% респондентов стремились к рациональному и сбалансированному рациону, у 19% в нем преобладали мясные продукты, у 8,6% – растительные, 56,9% не смогли четко оценить свои предпочтения. Кофе, чай, газированные и энергетические напитки 51,7% пациентов употребляли часто, 34,5% – постоянно, 13,8% – изредка. При этом 48,3% опрошенных не курили, 34,5% пациентов использовали электронные средства доставки никотина (вейп), курильщики обычных сигарет представлены в 17,2% случаев. Сон на высокой подушке был комфортен для 55,2% респондентов, на плоской – для 41,4%, без подушки спят 3,4% пациентов. Спортом не занимались 79,3% опрошенных, остальные предпочитали разные виды физической активности – силовые и кардиотренировки в спортзале, плавание, фитнес, занятия йогой. При этом 46,6% пациентов отрицали семейные случаи подтвержденной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, у остальных имелся как минимум один родственник с проявлениями РС.

Вторая часть анкеты состояла из вопросов, сосредоточенных на клинических проявлениях рефлюксного синдрома у пациентов. Чувство изжоги испытывали около 1/3 анкетированных (37,9%), преимущественно (68,1%) не чаще 3–4 раз в месяц. Редкие ночные эпизоды описывали 9% пациентов, частые – 4,5%. Для купирования изжоги 91% опрошенных не нуждались в антацидах, 4,5% принимали их ежедневно, 4,5% – несколько раз в неделю. Периодическую отрыжку воздухом отмечали 56,9% опрошенных, частую – 12,1%, постоянную – 3,4%. Першение в горле и осиплость голоса отмечали 10,3% респондентов, кислый привкус и жжение язы-

ка – 43,1%. 27,6% пациентов заметили закономерную связь РС с принятием горизонтального положения тела.

Выводы. Анализ проявлений рефлюксного синдрома у молодых лиц, его поведенческих и пищевых предикторов дает возможность рекомендовать профилактические меры, противодействующие его прогрессированию. На основании результатов исследования была составлена памятка для коррекции образа жизни и пищевого поведения пациентами.

МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ КОЛИТ: НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Ак-оол Джессика Саймоновна

Лечебное дело, 1 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Dzhessika.akool07@mail.ru

Актуальность. Микроскопический колит (МК) – хроническое воспалительное заболевание кишечника, характеризующееся типичной клинической картиной при отсутствии макроскопических изменений слизистой оболочки по данным эндоскопического исследования.

Распространенность МК растет: по данным последних исследований, заболеваемость составляет от 1 до 14 случаев на 100 000 населения в год. Диагностика представляет сложность ввиду отсутствия видимых изменений при стандартной эндоскопии, что требует применения специализированных визуализирующих методов.

Своевременная и точная диагностика МК критически важна, так как заболевание существенно снижает качество жизни пациентов, а неправильное объяснение симптомов ведет к «бесполезной» терапии и прогрессированию патологии.

Цель. Определить наиболее информативные визуализирующие методы диагностики микроскопического колита, оценить их диагностическую ценность и место в алгоритме обследования пациентов.

Материалы и методы исследования. Микроскопический колит представлен двумя гистологическими формами – лимфоцитарным колитом (ЛК) и коллагеновым колитом (КК). Его отличительная черта – отсутствие макроскопических изменений слизистой оболочки толстой кишки при стандартной колоноскопии, что требует применения комплекса диагностических методов. Наилучшим способом диагностики остается колоноскопия с биопсией: несмотря на внешне неизменную слизистую, метод позволяет получить достоверные гистологические данные благодаря взятию множественных биоптатов из разных отделов толстой кишки. При ЛК выявляют более 20 интраэпителиальных лимфоцитов на 100 эпителиоцитов, при КК – утолщение субэпителиального коллагенового слоя свыше 10 мкм. Неинвазивным методом диагностики служит ультразвуковое исследование (УЗИ) кишечника, которое может обнаружить утолщение стенки толстой кишки, изменение ее слоистой структуры и усиление сосудистого рисунка. Высокой информативностью обладает магнитно-резонансная энтероколонография (МРЭК), позволяющая оценить толщину стенки кишки, выявить отек слизистой и провести дифференциальную диагностику с другими воспалительными заболеваниями кишечника. Компьютерная томография (КТ) кишечника менее специфична для микроскопического колита, однако помогает визуализировать утолщение стенки кишки, увеличение регионарных лимфоузлов и признаки воспаления в окружающих тканях.

Выводы. На основании проведенного анализа можно сформулировать следующие заключения.

Наилучшим результатом диагностики микроскопического колита является колоноскопия с множественной биопсией. МРЭК полезна для дифференциальной диагностики с ВЗК. УЗИ может служить скрининговым методом, но требует гистологического подтверждения. КТ применяется в основном для выявления осложнений.

Таким образом, оптимальный алгоритм диагностики МК должен включать колоноскопию с биопсией как обязательный этап, а методы лучевой диагностики (МРЭК, УЗИ) – как вспомогательные для дифференциальной диагностики и оценки распространённости процесса.