

UEG WEEK 2024: КЛЮЧОВІ ПОДІЇ НАЙПРЕСТИЖНІШОГО КОНГРЕСУ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІВ

Переклала й адаптувала канд. мед. наук Тетяна Можина

Нещодавно відбулася найбільша зустріч гастроентерологів у Європі, всесвітньо відома як Об'єднаний європейський гастроентерологічний тиждень (United European Gastroenterology Week). Відмінною рисою кожного конгресу UEG є поєднання наукових досліджень світового рівня, запрошення провідних фахівців у галузі гастроентерології для презентації сучасних концепцій діагностики та лікування, а також чудової програми післядипломного навчання.

Цього разу делегатів UEG Week 2024 зустрічав Відень (Австрія).

Сучасний конгрес-гол Messe Vienna, прикрашений у фірмові зелені кольори UEG, 12-15 жовтня привітно відчинив двері майже 11 300 гастроентерологам, гепатологам, панкреатологам, ендоскопістам, дієтологам зі 114 країн світу.

За традицією відкрив наукову роботу конгресу **президент UEG, професор Matthias Löhrl**. У своєму короткому привітальному виступі він назвав Гастротиждень-2024 рекордним за кількістю офлайн-та онлайн-учасників, прийнятих анотацій і зареєстрованих заявок на проходження курсів післядипломної освіти, а також семінарів, які транслювалися онлайн. Наукова програма конгресу була надзвичайно насичена: протягом 5 діб пролунала велика кількість усних доповідей, проведено 178 семінарів. Уперше за всю історію UEG Week роботу конгресу підтримував штучний інтелект, за допомогою якого забезпечували переклад будь-якого семінару та сесії на 11 найпоширеніших мов. Професор

M. Löhrl рекомендував делегатам використовувати у своїй практичній діяльності безплатні мобільні застосунки, які розроблені під егідою UEG. В одному з них, GI Guidelines App, містяться тексти настанов з діагностики та лікування гастроентерологічної патології. Крім текстових варіантів, у цьому застосунку наведено практичні алгоритми та покрокові схеми дії лікарів. Президент конгресу закликав делегатів приєднатися до MyUEG Community – ексклюзивної та безпечної мережевої платформи, створеної для пошуку й налагодження зв'язків з міжнародними фахівцями в галузі гастроентерології. Завдяки цій платформі можна розширити свої професійні зв'язки з міжнародними колегами й однодумцями.

ueg

Together,
we ensure
UEG is ready
for the future.



Президент UEG, професор M. Löhrl відкриває роботу UEG Week 2024

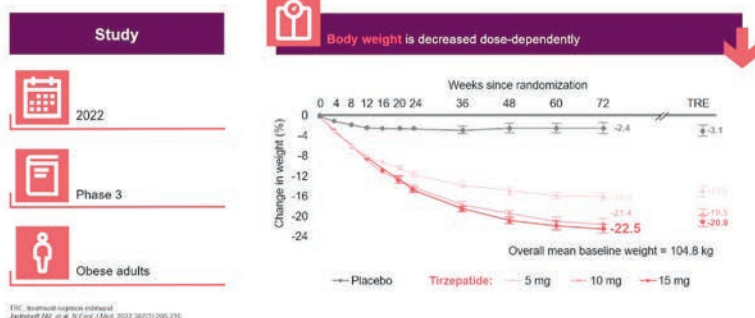
Усі делегати UEG Week 2024 звернули увагу на стилістику оформлення конгресу: кожний рекламний білборд, кожна аудиторія, гол Messe Vienna, всі презентації та постери були витримані в єдиній манері з домінуванням яскравого зеленого кольору. Така кольорова палітра була обрана не випадково, вона відображала так звану зелену політику UEG щодо «екологізації» гастроентерології. Метою цієї ініціативи є надання гастроентерологічної допомоги з мінімальним негативним впливом на довкілля та запобігання змінам клімату. Представники UEG пропонують дотримуватися таких кроків, які допоможуть зменшити вуглецевий слід: популяризувати «планетарну дієту здоров'я», впроваджувати «зелені» методики охорони здоров'я (телемедицина, диджиталізація), підвищувати обізнаність населення та медичного персоналу, дотримуватися принципу «Скорочуй, використовуй повторно, переробляй».

Почесне право розпочати наукову роботу UEG Week 2024, прочитавши вступну лекцію, отримав професор Matthias Tschör (Німеччина). Тема, яку обрав доповідач, – **«Коагоністи кишкових гормонів для лікування метаболічного синдрому: від лабораторного столу до ліжка хворого»** – зацікавила багатьох делегатів. Згідно із сучасними поглядами на патофізіологію метаболічного синдрому наріжним каменем подолання цієї патології є модифікація дії гормону глюкагону. Останньому притаманний широкий спектр позитивних властивостей (активація ліполізу й окислення жирних кислот, стимуляція термогенезу та синтезу жовчних кислот, інгібування споживання їжі) на тлі декількох небажаних ефектів, з погляду патофізіологів, у вигляді активації синтезу глюкози та збільшення рівня глікемії. Команда науковців під керівництвом M. Tschör досліджувала терапевтичний потенціал

подвійних агоністів рецепторів глюкозозалежного інсулінотропного поліпептиду (ГІП) і глюкагоноподібного пептиду-1 (ГПП-1) у лікуванні метаболічного синдрому й ожиріння. Професор прокоментував перші клінічні результати використання тирзепатиду, першого подвійного агоніста рецепторів ГІП/ГПП-1, офіційно схваленого Управлінням США з контролю продовольства й медикаментів (FDA) та Європейською агенцією з лікарських засобів (EMA) для лікування ожиріння, надлишкової маси тіла, який також використовується у хворих на цукровий діабет завдяки його здатності нормалізувати рівень глікемії.

Застосування тирзепатиду в клінічному дослідженні III фази сприяло безпрецедентному дозозалежному зниженню маси тіла: одноразове підшкірне введення 15 мг препарату протягом 72 тижнів забезпечило вірогідне зниження маси тіла в середньому на 23,6 кг, а також супроводжувалося нормалізацією рівня глікозильованого гемоглобіну майже в 50% хворих. Застосування подвійного агоніста рецепторів ГІП/ГПП-1 визнано безпечним: його приймання рідше спричиняло виникнення побічних ефектів (нудоти, діареї) порівняно з окремими агоністами ГІП або ГПП-1. Доповідач прокоментував можливі переваги клінічного використання потрійного агоніста рецептора глюкагону, сполученого з G-білком (GCGR), ГІП і ГПП-1 – ретатрутиду, створення котрого стало можливим завдяки структурній інженерії. Результати перших клінічних плацебо-контрольованих досліджень II фази доводять, що введення ретатрутиду протягом 48 тижнів сприяє зниженню маси тіла в середньому на 24,2 кг. Нині досліджуються клінічна ефективність і безпека 18 представників наступного покоління ліків, призначених для терапії ожиріння та діабету, 5 з яких є подвійними агоністами рецепторів ГПП-1/GCGR,

The dual GIP-GLP-1 agonist tirzepatide: Unprecedented weight loss in long-term obesity studies



Лекція професора M. Tschör відкриває наукову роботу UEG Week 2024

9 – подвійними агоністами рецепторів ГП/ГПП-1, 4 – потрійними агоністами ГПП-1/ГП/GCGR. Застосування подвійних і потрійних агоністів кишкових гормонів відкриває надзвичайні перспективи в лікуванні ожиріння завдяки безпрецедентному зниженню маси тіла, яке за ефективністю наближається до бариатричних утручань. Можливо, подолання епідемії ожиріння за допомогою агоністів ГПП-1/ГП/GCGR дасть змогу знизити ризик розвитку серцево-судинних ускладнень, покращити функціональну активність нирок, запобігти виникненню цукрового діабету, деяких видів раку та деменції, полегшити перебіг коронавірусної хвороби (COVID-19) і протидіяти розвитку синдрому обструктивного апное сну, сповільнити процеси старіння.

Активну дискусію викликала доповідь **«GERX і калій-конкурентні блокатори секреції соляної кислоти»**, в якій **професор Prateek Sharma (США)** представив способи лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (GERX). Згідно з чинними стандартами інгібітори протонної помпи (ІПП) вважаються «найефективнішими ліками для подолання патологічної симптоматики, одужання хворих на GERX і поліпшення якості їхнього життя». Незважаючи на таке поважне ставлення, ІПП не здатні забезпечити загоєння або зменшення ступеня ерозивних уражень слизової оболонки стравоходу за Лос-Анджелеською класифікацією в 44% хворих на рефлюкс-езофагіт C-D. Недостатня ефективність ІПП спонукала до пошуку дієвіших ліків. Як найімовірнішу альтернативу ІПП використовують калій-конкурентні блокатори секреції соляної кислоти (К-КБСК). К-КБСК, зв'язуючись з H^+ , K^+ -АТФазою, інгібують активність цього ферменту та блокують роботу як активних, так і неактивних

протонних помп. На відміну від ІПП, К-КБСК є активними ліками та не потребують активації соляною кислотою, їхня ефективність не залежить від приймання їжі; К-КБСК не метаболізуються CYP2C19. Усе це зумовлює швидше настання та триваліше існування кислотосупресивного ефекту при застосуванні К-КБСК, а також дає можливість уживати препарат у будь-який час, незалежно від приймання їжі. Найвивченішими представниками цієї групи є вонопрозан і лінапрозан. Відповідно до результатів клінічного дослідження III фази ефективність 8-тижневої терапії вонопрозаном (20 мг; n=514) визнана не меншою, ніж ефективність лансопрозолу (30 мг; n=510). На тлі застосування вонопрозану відзначено тенденцію до кращого загоєння слизової оболонки стравоходу та збільшення кількості діб без печії порівняно з лансопрозолом. Іще одне плацебо-контрольоване дослідження зафіксувало зіставну ефективність іншого представника групи К-КБСК – фексупразану (40 мг 1 раз на добу) з результативністю езомепразолу (40 мг 1 раз на добу) у 8-тижневому лікуванні ерозивного езофагіту. Фексупразан вірогідно перевершував езомепразол у нівелюванні печії та кашлю як у денні, так і в нічні години.

Доповідач навів результати систематичного аналізу 24 досліджень, у яких порівнювали ефективність трьох К-КБСК (вонопрозан, тегопрозан, кеверпрозан) і шести ІПП (лансопрозол, езомепразол, омепразол, рабепразол, пантопрозол, декслансопрозол) у лікуванні GERX. Виявилось, що стартова терапія К-КБСК не змогла забезпечити повну епітелізацію слизової оболонки стравоходу лише в 6% хворих (95% довірчий інтервал 0-12), тоді як застосування ІПП визнано неефективним у 21% пацієнтів (95% довірчий інтервал 18-23). Підтримувальна терапія К-КБСК вірогідно рідше оцінювалась

H.PYLORI GUIDELINES 2024

Regimen	Treatment Naïve	Treatment-Experienced (Salvage)		Penicillin Allergy
		Empiric	Proven Antibiotic Sensitivity	
Optimized Bismuth Quadruple	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓*
Rifabutin Triple	✓✓✓	✓✓	✓✓	
Vonoprazan Dual	✓✓	?	?	
Vonoprazan Triple			✓✓	
Levofloxacin Triple			✓✓	



Професор P. Sharma характеризує місце вонопрозану в сучасних схемах ерадикації *H. pylori*

Chapter 3 A general therapeutic approach to PEI

Q 3.4. What are the initial doses of PERT for the treatment of PEI?

Statement 3.4. The initial doses of PERT vary mainly depending on the patient's age (adult or child), the severity of PEI, and the volume, calorie and fat content of the meal.

Level of evidence: 3. Percentage of agreement: 94.0%

Comment

The administration of a minimum dose of 40,000-50,000 units of lipase with main meals and half of that dose (20,000-25,000 units) with snacks have been shown to be effective in adult patients with PEI.



ueg.eu



Президент ЕРС, професор J. Enrique Domínguez-Muñoz презентує європейські рекомендації з діагностики та лікування ЕНПЗ

як «недостатньо ефективна» порівняно з ІПП (21 проти 30% відповідно). Вонопрозан продемонстрував ефективність у лікуванні неерозивної ГЕРХ, профілактиці шлунково-кишкових кровотеч, ерадикації *Helicobacter pylori*. Завдяки таким властивостям сучасна настанова з ерадикації *H. pylori*, представлена Американським гастроентерологічним товариством (2024), виокремлює схеми подвійної та потрійної терапії вонопрозаном. Завершуючи доповідь, професор резюмував: «ІПП були наріжним каменем терапії ГЕРХ, нині дуже багатонадійні результати демонструють К-КБСК».

Однією з родзинок UEG Week 2024 стала презентація **«Європейських міждисциплінарних рекомендацій з діагностики та лікування екзокринної недостатності підшлункової залози (ЕНПЗ): рекомендації UEG, EPC, EDS, ESPEN, ESPGHAN, ESDO й ESPCG»**. Почесне право представити настанову від імені поважних авторитетних товариств отримав президент Європейського панкреатичного клубу (ЕПК), професор J. Enrique Domínguez-Muñoz. Представляючи оновлені погляди на патогенез, клінічну значущість, діагностику, лікування та моніторинг ЕНПЗ, доповідач підкреслив необхідність систематичного повторного оцінювання низки показників. Призначаючи лікування ЕНПЗ, доцільно обирати препарати панкреатичних ферментів, зокрема панкреатин, тому що вони визнані засобами терапії 1-ї лінії. Найоптимальнішими вважають препарати, які містять часточки невеликого розміру, вкриті кишковорозчинною оболонкою. Початкові дози замісної ферментної терапії значно залежать від віку пацієнта (дорослий чи дитина), ступеня тяжкості ЕНПЗ та вмісту жирів у їжі. Професор наголосив, що найефективнішим у дорослих визнано

застосування панкреатиновмісних препаратів у дозі 40 000-50 000 ОД ліпази під час основних прийомів їжі та половини цієї дози (20 000-25 000 ОД) під час перекусів.

Значною частиною UEG Week 2024 стало післядипломне навчання: в межах цієї ініціативи проведено 26 наукових сесій, протягом яких пролунала 121 доповідь. Серед терапевтичних сесій особливо виділялося засідання **«Як лікувати свербіж?»**. У цій сесії взяли участь п'ять експертів, які обговорювали проблему свербіжу в гепатологічній практиці з різних боків. **Robert Jänsch (Німеччина)** представив клінічний випадок ведення амбулаторного гепатологічного хворого зі свербіжем. Докладну характеристику різноманітної клінічної симптоматики та поширеності свербіжу навела **професорка Verena Keitel-Anselmino (Німеччина)**, тоді як наступна лекція **Ronald Oude Elferink (Нідерланди)** пояснила патофізіологію виникнення цього патологічного симптому. Історичну довідку зі становлення фармакотерапії свербіжу озвучив **Ansgar Deibel (Швейцарія)**, а професор **Andreas Kremer (Швейцарія)** охарактеризував сучасні стратегії його лікування. Доповідач підкреслив важливість короткого підстригання нігтів і використання бавовняної постільної та нижньої білизни, підтримання прохолодного температурного режиму в кімнаті, призначення світлотерапії. Згідно з більш ранніми рекомендаціями фармакотерапією свербіжу 1-ї лінії вважали холестирамін (4-16 г на добу), терапією 2-ї лінії був рифампіцин (150-600 мг на добу); налтрексон (25-50 мг на добу) й сертралін (75-100 мг на добу) займали, відповідно, третю та четверту сходинки в рекомендаціях. У межах клінічного дослідження FITCH (n=74) доведено здатність безафібрату

Novel treatment recommendations for PBC and PSC

1st line: ● Cholestyramine (4 – 16 g/d) / Bezafibrate (400 mg/d)

2nd line: ● Rifampicin (150 – 600 mg/d)

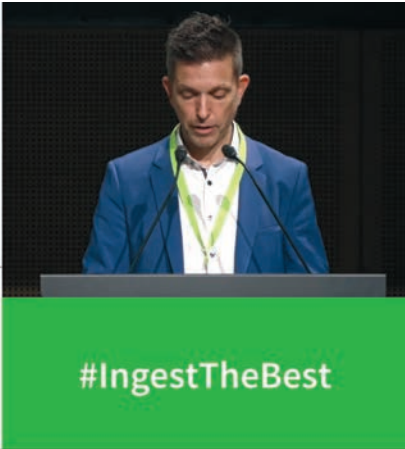
3rd line: ● Gabapentin (300 – 3600 mg/d) / Pregabalin (25 – 600 mg/d)

4th line: ● Naltrexone (25 – 50 mg/d) Sertraline (75 – 100 mg/d)

Experimental ● IBAT inhibitors, k-opioid receptor agonists, MRGPRX4 antagonists
● Albumin dialysis; plasma separation / anionen absorption
● Nasobiliary drainage
● Liver transplantation

22
S2k guideline on chronic pruritus, JDDG 2022; 20: 1386; renewal planned in 2024
S3 guideline on autoimmune liver disease 2024 (www.awmf.de)

ueg.eu



А. Kremer (Швейцарія) коментує сучасні рекомендації з лікування свербіж у тлі первинного біліарного холангіту та первинного склерозивного холангіту

(гіполіпідемічного засобу) знижувати інтенсивність свербіж на $\geq 50\%$ у хворих на первинний біліарний холангіт, первинний склерозивний холангіт за умови використання препарату в добовій дозі 400 мг.

Нині досліджуються ефективність експериментальних препаратів у лікуванні свербіж. У двох клінічних дослідженнях III фази продемонстровано ефективність агоністів PPAR-рецепторів селаделпару й елафібранору в зменшенні інтенсивності свербіж. В інших клінічних випробуваннях під час оцінювання ефективності габапентину/прегабаліну в нівелюванні нейропатичного болю в пацієнтів із хронічною хворобою нирок додатково констатували здатність зазначених препаратів зменшувати інтенсивність свербіж. Ще однією багатонадійною експериментальною можливістю корекції свербіж є застосування інгібіторів натрієзалежного переносника жовчних кислот у здухвинній кишці (ileal bile acid transporter, IBAT). У межах клінічних

досліджень II та III фаз вивчається здатність одевіксигату (40-120 мкг на добу) та мараліксигату (570 мкг на добу), селективних інгібіторів IBAT, впливати на виразність свербіж. Свій виступ професор завершив, навівши новітні рекомендації з лікування свербіж при первинному біліарному холангіті, первинному склерозивному холангіті. Тепер до терапії 1-ї лінії відносять не тільки холестирамін, але й безафібрат (400 мг на добу). Терапія 2-ї лінії не зазнала змін: вона також представлена рифампіцином (150-600 мг на добу). На відміну від старіших рекомендацій, нині третє місце займають габапентин (300-3600 мг на добу) та прегабалін (25-600 мг на добу). Препаратами останнього вибору залишаються налтрексон (25-50 мг на добу) та сертралін (75-100 мг на добу). Видалення пруритогенів із крові також можна проводити за допомогою інвазивних утручань: діалізу альбуміну, плазмаферезу, назобіліарного дренажу, трансплантації печінки.

Закриваючи роботу UEG Week 2024, організатори запросили всіх охочих продовжити наукове спілкування в межах наступного міжнародного конгресу, який відбудеться 4-7 жовтня 2025 року в Берліні (Німеччина).