

Sprawozdanie z VII Lubuskiego Symposium „Gastroenterologia i Hepatologia 2015”

Symposium odbyło się dnia 28 marca 2015 roku w Zielonej Górze. Dobry zespół wykładowców przyciągnął słuchaczy nie tylko z Zielonej Góry, lecz także z okolicznych miejscowości i sąsiednich województw: wielkopolskiego, dolnośląskiego, zachodniopomorskiego i łódzkiego. Program naukowy obejmował choroby górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, choroby wątroby, endoskopię oraz genetykę kliniczną.

Prof. A. Dąbrowski z Białegostoku przedstawił technikę oraz zastosowanie pH-metrii i badania impedancji w przełyku. Główne wskazania do wykorzystania tych metod to choroba refluksowa przełyku oporna na leczenie inhibitorami pompy protonowej (IPP), podejrzenie pozaprzelykowych objawów tej choroby, niesercowy ból w klatce piersiowej, ocena skuteczności leczenia IPP oraz kwalifikacja chorych do operacji antyrefluksowych. Oprócz badania pH i impedancji przed operacją antyrefluksową zaleca się przeprowadzenie manometrii przełykowej i endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego.

O rozpoznawaniu i znaczeniu przepukliny rozworu przełykowego przepony mówiła doc. E. Nowakowska-Duława z Katowic. Przyczyny powstawania tej choroby nie są do końca poznane. Potencjalnymi czynnikami usposabiającymi są zawody śpiewaka lub muzyka grającego na instrumentach dętych. Wyróżnia się przepukliny wślizgowe, okołoprzełykowe i mieszane. Większość małych przepuklin wślizgowych przebiega bezobjawowo. Większe mogą powodować zgagę, bóle za mostkiem, a także zarzucanie treści pokarmowej z żołądka do przełyku. Do typowych objawów przepuklin okołoprzełykowych należą: dysfagia, zarzucanie treści żołądkowej, bóle w klatce piersiowej (najczęstsza przyczyna pozasercowego bólu zamostkowego), wczesne uczucie sytości i zaburzenia rytmu serca. Doc. Nowakowska-

-Duława podkreśliła, że obserwuje się znaczną „nadropoznawalność” przepukliny wślizgowej. Potwierdzenie rozpoznania opiera się na badaniu rtg z kontrastem w pozycji Trendelenburga. Do leczenia chirurgicznego kwalifikują się objawowe przypadki przepukliny okołoprzełykowej, zwłaszcza z objawami niedrożności lub skrętu żołądka.

O celiakii i innych chorobach zależnych od glutenu mówił dr T. Pytrus z Wrocławia. W swoim wykładzie poruszył zasady rozpoznawania i leczenia różnych postaci tych chorób – celiakii, choroby Dühringa i nadwrażliwości na gluten. Rozpoznanie nadwrażliwości opiera się na wyłączeniu celiakii i alergii na gluten. W chorobie tej nie występują destrukcja błony śluzowej jelita cienkiego ani przeciwciała EMA, tTG i DPG. Tylko połowa tych chorych ma antygeny HLA-DQ2/DQ8 oraz przeciwciała przeciwwgliadynowe, które zanikają pod wpływem diety bezglutenowej.

Ważną częścią sympozjum była sesja poświęcona chorobom wątroby. Prof. A. Habor z Warszawy przedstawił wykład p.t. „Jak zwalczać epidemię NAFLD?” W większości przypadków choroba ta (niealkoholowa tłuszczowa choroba wątroby) rozwija się na podłożu zespołu metabolicznego, w którym ważną rolę odgrywa otyłość. Walka z otyłością jest głównym sposobem zapobiegania NAFLD. Aktualnie najskuteczniejszym sposobem opanowania epidemii otyłości jest świadoma akcja promująca zdrowe odżywianie i większą aktywność fizyczną. W diecie trzeba zwrócić uwagę na ograniczenie potraw i produktów zawierających skoncentrowaną fruktozę. Działania prewencyjne powinny być prowadzone stale, a nie jako chwilowe akcje i muszą być akceptowane na wszystkich poziomach i przez wszystkie grupy społeczne (jednostka, rodzina, szkoła, uczelnia). Aby działania te były skuteczne, konieczny jest udział władz i orga-

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med. Witold Bartnik
Klinika Gastroenterologii, Hepatologii
i Onkologii Klinicznej, CMKP
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
tel.: 22 546 23 28
faks: 22 546 30 35
e-mail: wbartnik@coi.waw.pl

nizacji pozarządowych oraz wsparcie mediów dysponujących potężnym orężem, jakim jest reklama.

Aktualne postępowanie w kamicy żółciowej było przedmiotem wykładu prof. T. Macha z Krakowa. Kamica pęcherzyka żółciowego występuje bardzo często – w Polsce u 20% osób dorosłych, przeważnie kobiet. Rozpoznanie kamicy opiera się na obecności charakterystycznych objawów (kolka wątrobowa) i zmian w badaniach obrazowych (przede wszystkim usg). Aktywnego leczenia wymaga kamica objawowa. Z metod chirurgicznych wybiera się cholecystektomię laparoskopową. Kamica dróg żółciowych jest leczona endoskopowo na drodze sfinkterotomii i ewakuacji złożeń.

Prof. A. Dobrowolska-Zachwieja przedstawiła znaczenie badań genetycznych w gastroenterologii. Badania te wykonuje się w zespołach wrodzonego raka jelita grubego, hemochromatozie i celiakii. Do najczęstszych mutacji należy mutacja genu *APC* na chromosomie 5, stwierdzana w polipowatości rodzinnej (FAP). Wrodzoną hemochromatozę potwierdza homozygotyczna mutacja w genie *C282Y*. Podłożem genetycznym celiakii są antygeny HLA-DQ2 i/lub HLA-DQ8, obecne także u osób zdrowych.

W sesji endoskopowej wystąpili eksperci ze Szczecina. Dr hab. A. Białek przedstawił zalety endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej (ESD) usuwania zmian nowotworowych w przewodzie pokarmowym, w tym raka w początkowej fazie rozwoju. Wskazania do zabiegów ESD są oparte na ustaleniach japońskich towarzystw naukowych. Metoda ta umożliwia resekcję mało zaawansowanych raków żołądka i jelita grubego. Można ją zastosować także w zmianach podśluzówkowych, takich jak GIST umiejscowiony w żołądku. ESD jest najskuteczniejszą metodą endoskopowego usuwania zmian nowotworowych porównywalną z zabiegiem chirurgicznym.

Dr hab. A. Wiechowska-Kozłowska omówiła wskazania do badań i zabiegów pod kontrolą ultrasonografii (EUS). Metoda ta służy do różnicowania przyczyn impresji ściany przewodu pokarmowego, diagnostyki guzów podśluzówkowych i oceny stopnia zaawansowania nowotworów. W chorobach trzustki i dróg żółciowych EUS jest zalecana w przypadku podejrzenia kamicy przewodowej i mikrokamicy pęcherzyka żółciowego. Jest też wykonywana w celu kwalifikacji do ECPW, oceny przyczyn cholestazy i ostrego zapalenia trzustki oraz różnicowania zmian ogniskowych w trzust-

ce, ze szczególnym uwzględnieniem zmian torbielowatych. Pod kontrolą EUS wykonuje się biopsje z pobraniem materiału do badań mikroskopowych i biochemicznych. Metoda jest standardem w leczeniu pozapalnych zbiorników płynowych trzustki oraz alternatywnym postępowaniem w razie konieczności drenażu poszerzonych dróg żółciowych.

Zagrożeniami wynikającymi z zakażenia *Clostridium difficile* zajęła się prof. E. Poniewierka z Wrocławia. W swoim wykładzie przedstawiła dane epidemiologiczne, czynniki ryzyka zakażenia i sposoby leczenia. Szczególnej uwagi wymagają pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit, którzy są bardziej narażeni na zakażenie *C. difficile* niż chorzy bez zapalenia jelita.

Prof. P. Radwan z Lublina nakreślił wskazania i wyniki leczenia biologicznego u chorych na nieswoiste zapalenia jelit. Do leków dostępnych w Polsce należą 2 rodzaje przeciwciał monoklonalnych przeciwko czynnikowi martwicy nowotworów – infliksymab i adalimumab. Odpowiednia kwalifikacja chorych do leczenia tymi preparatami z uwzględnieniem przeciwwskazań oraz monitorowanie leczenia zapewniają dobre wyniki terapeutyczne przy zminimalizowanych działaniach niepożądanych.

Interesujący przebieg miała dyskusja panelowa poświęcona profilaktyce raka jelita grubego. W dyskusji, której przewodniczył prof. J. Reguła, udział wzięli prof. M. Jarosz (Warszawa), prof. J. T. Marcinkowski (Poznań) i prof. W. Bartnik (Warszawa). W sesji przedstawiono problemy i plany profilaktyki pierwotnej raka jelita grubego, w tym zwalczanie otyłości i palenia papierosów, modyfikację diety i inne zachowania prozdrowotne. Podano informację o konsultacjach społecznych ustawy o zdrowiu publicznym. Prof. Reguła podsumował wyniki programu profilaktyki wtórnej, czyli badań przesiewowych w Polsce. Od 2012 roku program ten ma charakter populacyjny. Metodą przesiewową jest pełna kolonoskopia. Planowane jest kontynuowanie programu w latach 2016–2025.

Leczenie nieswoistych chorób zapalnych jelit budezonidem omówił prof. W. Bartnik. Obecnie w Polsce znajdują się preparaty tego leku uwalniające substancję czynną w końcowym odcinku jelita krętego i prawej połowie okrężnicy. Praktycznie preparaty te nadają się do stosowania w chorobie Leśniowskiego-Crohna z zajęciem okolicy krętniczko-krętniczej. Wkrótce ma pojawić się w Polsce budezonid MMX, który uwalnia lek równo-

miernie w całym jelicie grubym. Działanie tego preparatu oceniono w lekkich i średnio ciężkich przypadkach wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Wyniki badań CORE I i CORE II są dobre. Przy dawce 9 mg/d przez 8 tygodni kombinowaną remisję kliniczną i endoskopową uzyskało 18% chorych, znacznie więcej niż przy placebo. Budezonid MMX znajdzie zastosowanie w lżejszych przypadkach wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, w których zawiodły aminosalicylany, a nie ma wskazań do użycia glikokortykosteroidów układowych.

Na zakończenie sesji jelitowej i całego sympozjum prof. J. Ryżko z Warszawy wygłosił wykład poświęcony zaparciu stolca u dzieci. Po omówieniu przyczyn i objawów zaparcia prof. Ryżko przedstawił sposoby leczenia, na które składają się 4 elementy: edukacja, od-

barczenie odbyticy, zapobieganie zaleganiu stolca i terapia behawioralna. W czasie leczenia zaparcia u dzieci należy unikać takich błędów, jak zbyt szybkie odstawianie leczenia, traktowanie nieretencyjnego brudzenia jako zaparcia stolca, rozchwianie rytmu wypróżnień, niedopasowanie rytmu wypróżnień do rytmu dnia oraz zbyt wczesne rezygnowanie z zakładania pampersów.

Sympozjum zielonogórskie było kolejnym wydarzeniem gastroenterologicznym, które zakończyło się sukcesem. Wiele wykładów miało ważne aspekty praktyczne, przydatne w codziennej pracy lekarskiej. Niestrudzonym w pracy przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego sympozjum był dr med. Dariusz Giezowski — konsultant wojewódzki w dziedzinie gastroenterologii.

*Prof. Witold Bartnik
Przewodniczący Komitetu Naukowego*