

«...своевременное выявление и лечение воспалительных заболеваний способствует профилактике рака»

Бордин Дмитрий Станиславович — д. м. н., заведующий отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, профессор кафедры поликлинической терапии и семейной медицины ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России.

Главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения г. Москвы.

Автор более 300 публикаций и 3 патентов на изобретение. Ученый секретарь Панкреатологического клуба, член Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA), Европейского панкреатологического клуба (EPC), Международного общества болезней пищевода (ISDE) и Всемирной организации специализированных исследований по заболеваниям пищевода (OESO), член-корреспондент Европейской группы по изучению *Helicobacter pylori* и микробиоты (EHMSG).



— **Уважаемый Дмитрий Станиславович, расскажите, пожалуйста, о структуре гастроэнтерологической службы города Москвы.**

— Гастроэнтерологические отделения есть в многопрофильных больницах: ГКБ им. В.М. Буянова, ГКБ им. М.П. Кончаловского, в Госпитале для ветеранов войн № 3 и в ГКБ им. С.П. Боткина, а наибольшее количество коек — в Московском клиническом научном центре им. А.С. Логинова (МКНЦ), организованном на базе ЦНИИ гастроэнтерологии. В 5 детских городских клинических больницах успешно работают гастроэнтерологические отделения. В городских поликлиниках ведут прием 155 гастроэнтерологов.

Мы придаем большое значение совместной работе гастроэнтерологов с хирургами, она позволяет очень четко определять показания и подготовить больного к хирургическому лечению. Хорошо подготовленные пациенты лучше переносят его и имеют меньше послеоперационных осложнений и, соответственно, лучшие отдаленные результаты. Такая междисциплинарная команда успешно работает в МКНЦ им. А.С. Логинова.

Командная работа гастроэнтерологов и хирургов в Боткинской больнице способствует реализации программы трансплантации печени.

— **Каковы приоритетные направления развития гастроэнтерологии в 2020–2021 годах?**

— Известно, что длительное течение воспалительного процесса ведет к развитию рака, а своевременное выявление и лечение воспалительных заболеваний способствует профилактике рака. Более чем в 90% случаев причиной рака желудка является *Helicobacter pylori*. Поэтому обнаружение и эрадикация этой инфекции лежат в основе первичной профилактики рака желудка. Для выявления *H. pylori* стал доступен ¹³C-уреазный дыхательный тест. Это неинвазивный метод диагностики, его в первую очередь рекомендует Европейская группа по изучению *H. pylori*.

Второе очень важное направление — улучшение диагностики и лечения патологии печени, потому что, к сожалению, мы видим, что смертность от этой группы заболеваний возрастает. Здесь требуется комплексная работа, в том числе выявление инфекционных и неинфекционных факторов риска и уменьшение употребления алкоголя. Очень большие успехи достигнуты в лечении вирусного гепатита С: современная безинтерфероновая терапия позволяет добиться успеха более чем в 90–95% случаев. Открытие вируса гепатита С удостоено Нобелевской премии по медицине 2020 года.

Еще одно актуальное направление — борьба с воспалительными заболева-

ниями кишечника (ВЗК). Улучшается их диагностика, она проводится на более ранней стадии. Данные пациенты концентрируются в специализированных учреждениях, что повышает качество лечения и способствует своевременному назначению препаратов генно-инженерной биологической терапии.

Очень большое значение придается повышению квалификации и уровня знаний специалистов. Мы регулярно проводим школы для врачей. Успешно реализуется проект «Московский врач». Это хороший моральный и материальный стимул.

— **Сколько пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в Москве получают лечение биопрепаратами и каков механизм их воздействия?**

— Около 700 человек в Москве получают препараты генно-инженерной биологической терапии, которая принципиально меняет течение ВЗК.

Мы используем четыре препарата-ингибитора фактора некроза опухоли (анти-ФНО) и три препарата с другими механизмами действия.

Препараты нового поколения позволяют достигать стойкой ремиссии ВЗК. Пациенты, обратившиеся к врачу в довольно тяжелом состоянии, благодаря препаратам биологической терапии возвращаются к нормальной жизни.

— **Повлияла ли пандемия COVID-19 на работу МКНЦ?**

— Конечно, пандемия стала очень серьезным вызовом, и был период, когда гастроэнтерологические стационары существенно сократили прием пациентов, а некоторые больницы перестроились на работу с больными COVID-19. Надо сказать, что МКНЦ им. А.С. Логинова ни на один день не закрывался, работали все подразделения, куда обращались пациенты, нуждающиеся в постоянной помощи, в том числе отделение лечения ВЗК. Были организованы онлайн-консультации больных. Все больные, поступающие в МКНЦ, обследуются на COVID-19.

— **В последнее время все больше исследований посвящено взаимосвязи заболеваний желудочно-кишечного тракта и онкологии. Каковы основные предикторы развития рака органов пищеварения, какие меры наиболее эффективны в профилактике онкологических заболеваний?**

— К онкологии через ряд перестроек тканей ведет длительное течение воспалительного процесса. Это очень четко прослеживается на примере гастрита, вызванного *H. pylori*. Устранение этой инфекции — наиболее эффективная мера профилактики рака желудка.

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в популяции постепенно нарастает, а вместе с ней растет заболеваемость аденокарциномой пищевода. Фактически лечение ГЭРБ становится методом профилактики рака пищевода. Понятно, что есть предраковое заболевание — пищевод Барретта, он выявляется эндоскопически и подтверждается морфологически при обнаружении кишечной метаплазии. Считается, что длительная терапия ингибиторами протонной помпы является методом контроля рефлюкса и, соответственно, профилактикой прогрессирования пищевода Барретта.

Воспалительный процесс в печени становится причиной гепатоцеллюлярной карциномы. Воспаление может возникать под влиянием разных факторов, в частности вирусных гепатитов. Современные высокоэффективные противовирусные препараты излечивают пациента, обеспечивают защиту от гепатоцеллюлярной карциномы.

При алкогольной и неалкогольной жировой болезни печени в ее клетках сначала накапливается жир, потом возникает воспалительный процесс, исходом которого может быть цирроз или

рак печени. В первом случае показаны отказ от употребления алкоголя, здоровый образ жизни. Неалкогольная жировая болезнь печени развивается по мере увеличения индекса массы тела, факторами риска являются метаболический синдром и сахарный диабет. В основе терапии — снижение веса, физическая активность. Лекарства сами по себе не вылечат, но некоторые из них помогут выполнить рекомендации врача по снижению массы тела.

Один из основных факторов риска рака поджелудочной железы — хронический панкреатит, поэтому его выявлению на ранних стадиях и обнаружению наследственных факторов риска придается большое значение. Крайне важен отказ больного хроническим панкреатитом от алкоголя и табакокурения, вызывающих это заболевание и способствующих его прогрессированию.

Экономически эффективным является скрининг рака толстой кишки. Одна из стратегий — формирование групп риска на основании результатов анализа кала на скрытую кровь, в которых проводится колоноскопия. Другая стратегия — колоноскопия при достижении 45–50 лет и затем каждые 5 лет, а при семейном анамнезе колоректального рака — в возрасте, на 10 лет предшествующем возрасту выявления рака у кровного родственника.

— **С 2013 года по инициативе Европейской группы по изучению *H. pylori* и микробиоты проводится крупное многоцентровое исследование — Европейский регистр ведения инфекции *H. pylori*. Расскажите, пожалуйста, о его целях и задачах.**

— Задача регистра в том, чтобы оценить реальную клиническую практику ведения пациентов с инфекцией *H. pylori* и ее соответствие рекомендациям экспертов в большинстве европейских стран и России в частности. Имея такую информацию, мы можем формировать программы обучения, давать обоснованные рекомендации по применению эффективных в данном регионе схем лечения. Россия с самого начала принимает участие в Регистре, и Европейская группа поручила мне быть локальным координатором этого исследования. В целом в регистр сейчас внесены почти 40 000 человек в Европе, более 7000 пациентов из России. Благодаря достаточно большому массиву данных мы имеем возможность анализировать то, как меняется клиническая практика и по стране в целом, и по Москве.

— **Методы диагностики и лечения *H. pylori* постоянно совершенствуются. Каким из них отдают предпочтение у нас в России и в Европе?**

— По Маастрихтскому консенсусу, ¹³C-уреазный дыхательный тест рекомендуется как наиболее чувствительный и специфичный. Он имеет высокую диагностическую ценность, не обременителен для больного и не требует проведения эндоскопического исследования. К сожалению, этот тест пока не входит в ОМС, поэтому практикующие врачи не склонны рекомендовать его для первичной диагностики и контроля успешности эрадикации.

Мы видим, как постепенно улучшается лечение, хотя в целом эффективность эрадикации пока не достигает целевого уровня 90%. Кроме того, часто применяются неправильные схемы терапии: более короткие, чем 14 дней, или утратившие эффективность трехкомпонентные.

— **Чем вызвана низкая приверженность пациентов к соблюдению назначаемых схем лечения *H. pylori*?**

— Можно упомянуть целый ряд причин. Во-первых, до сих пор существуют врачи, отрицающие роль *H. pylori* при патологии желудка. Мы проводили исследование распространенности *H. pylori* у медицинских работников в Москве и Казани. Некоторые врачи даже отказывались делать ¹³C-уреазный дыхательный тест, а из тех, кто сделал и получил положительный результат, лишь 64% согласились провести эрадикацию. Понятно, что вряд ли они будут убеждать пройти лечение своих пациентов. Между тем уверенность больного в правильности назначенного лечения, доверие к врачу крайне важны для приверженности и успеха терапии.

Во-вторых, нередко схемы терапии самовольно меняются вопреки рекомендациям экспертов и применяются совершенно неподходящие сочетания препаратов или сокращается продолжительность терапии. Еще одной ошибкой является отсутствие контроля эрадикации или нарушение срока его проведения (ранее чем через 30 дней после завершения лечения) либо применение серологического теста.

Однако стоит отметить, что постепенно ситуация улучшается благодаря целенаправленному информированию практикующих врачей об опасностях *H. pylori* и использованию оптимальных методов диагностики и эффективных схем терапии.

Специально для *Доктор.Ру*
Васинович М.А.