

«Необходимы широкое внедрение и правильное ведение регистров пациентов гастроэнтерологического профиля...»



Бакулин Игорь Геннадьевич — доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист-терапевт Северо-Западного федерального округа РФ, заведующий кафедрой профилактики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России (СЗГМУ имени И. И. Мечникова).

Президент МОО «Общество гастроэнтерологов и гепатологов "Северо-Запад"». Член Европейской ассоциации по изучению заболеваний печени (European Association for the Study of the Liver, EASL), член Европейского общества по изучению воспалительных заболеваний кишечника (European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO). Автор более 250 печатных работ, соавтор нескольких монографий и федеральных руководств, а также патентов. Под его руководством подготовлены и защищены ряд кандидатских диссертаций.

— **Уважаемый Игорь Геннадьевич, какие вопросы гастроэнтерологии Вы считаете наиболее актуальными?**

— В гастроэнтерологии, как и во многих других специальностях, существуют противоречия между данными официальной статистики по заболеваемости и реальной клинической практикой. Так, в структуре обращаемости в амбулаторно-поликлиническом звене лидируют функциональные расстройства и кислотозависимые заболевания желудочно-кишечного тракта. Однако в официальных отчетных документах по заболеваниям органов пищеварения ведущие позиции уже много лет занимает гастрит, а статистика по функциональной диспепсии, синдрому раздраженного кишечника и даже гастроэзофагеальной рефлюксной болезни вообще не представлена, что не позволяет планировать бюджетные расходы на диагностику и лечение этих заболеваний.

Сохраняют актуальность вопросы диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*. Эти бактерии считают канцерогеном первого порядка, и, соответственно, мероприятия по эрадикации такой инфекции направлены на снижение распространенности кислотозависимых заболеваний и, как следствие, заболеваемости раком желудка. Россия относится к странам с высоким уровнем инфицированности *Helicobacter pylori*. Результаты нашего обследования более 12 тысяч жителей Санкт-Петербурга свидетельствуют о наличии хеликобак-

тера у 42% населения. А в некоторых регионах России уровень инфицированности достигает 80%.

В России еще не все врачи приняли концепцию развития кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*. Подавляющее большинство их, по данным анкетирования, даже не знают о своем хеликобактерном статусе, а лечение при обнаружении инфекции хотели бы провести не более половины. Так что диагностику и лечение им нужно начинать с себя.

В мировой практике для оценки эффективности эрадикации хеликобактерной инфекции применяют ¹³C-уреазный дыхательный тест, ИФА-метод определения антигена *Helicobacter pylori* в кале либо морфологический метод. Однако зачастую врачи в России используют серологический метод (антитела), невалидированные методы ПЦР-диагностики, которые дают недостоверные результаты. Важно придерживаться стандартизованных методов диагностики и схем лечения с доказанной эффективностью.

— **Какое место среди причин смерти у населения России занимают болезни органов пищеварения?**

— Согласно данным Росстата, они находятся на третьем месте, уступая болезням системы кровообращения и злокачественным новообразованиям. Среди заболеваний органов пищеварения основной причиной смерти на протяжении многих последних

лет являются хронические заболевания печени (циррозы различной этиологии), затем следуют острые сосудистые болезни кишечника, заболевания поджелудочной железы, болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди всех злокачественных новообразований органов пищеварения ведущее место занимают злокачественные новообразования желудка, толстой кишки, печени, поджелудочной железы и так далее.

— **Разработаны ли новые методы диагностики хронических заболеваний печени?**

— В последние годы в гепатологии активно внедряются неинвазивные методы исследования, причем как лабораторные, так и инструментальные. К лабораторным методам можно отнести фибротесты — так называемую серологическую биопсию, позволяющую определить степень фиброза, стеатоза и активность воспаления. Из инструментальных методов я бы выделил фиброэластометрию, с помощью которой оценивают стадию фиброза. Один из прогрессивных методов диагностики неалкогольной жировой болезни печени — аппарат «Фиброскан» с функцией CAP (контролируемый параметр ультразвукового затухания), он дает возможность оценить не только стадию фиброза печени, но и степень стеатоза. Все перечисленные методы используют как для скрининга патологии печени, так и для динамического наблюдения за течением заболевания.

Особую группу неинвазивных методов в гепатологии составляют дыхательные тесты. Например, с помощью ¹³C-метацетинового дыхательного теста можно оценить функциональный резерв печени. Надеюсь, что в ближайшее время этот метод будет одобрен для клинической практики в России.

В последние годы врачу стали доступны различные медицинские калькуляторы — интернет-продукты, IT-приложения, в том числе работающие в онлайн-режиме. Гепатологические калькуляторы позволяют определить стадию фиброза и стеатоза, спрогнозировать выживаемость пациента.

Кроме того, стремительно развиваются генетические методы диагностики различных заболеваний — целиакии, болезни Жильбера, болезни Вильсона — Коновалова и других.

— Какие сложности возникают при диагностике и терапии заболеваний печени?

— Практикующий врач сталкивается с гепатологическими заболеваниями, протекающими под маской других заболеваний. Есть клинические ситуации, при которых своевременно установить диагноз не удается по объективным причинам. Например, когда манифестация заболевания начинается с внепеченочных проявлений и пациент попадает в поле зрения другого специалиста, сроки постановки правильного диагноза затягиваются. Нередко заболевание длительно протекает бессимптомно и манифестация происходит на стадии цирроза печени, когда методом лечения может быть только трансплантация органа, а количество трансплантаций у нас в стране по-прежнему невелико.

В последнее время мы много говорим об успехах в лечении хронического гепатита С — это один из немногих примеров излечения от хронического заболевания. Однако по-прежнему нет препаратов, излечивающих от хронического гепатита В и гепатита D, трудными для curaции остаются пациенты с аутоиммунными заболеваниями печени.

— Какое место в лечении гепатита занимают диетическое питание и изменение образа жизни?

— Каждый доктор пациенту с избыточным весом или ожирением рекомендует снизить вес и модифицировать образ жизни. Избыточный вес — реальная угроза здоровью, однако готовность следовать этим рекомендациям среди пациентов крайне низкая.

Неалкогольная жировая болезнь печени приводит к фиброзу, циррозу и даже раку печени. Доказано, что снижение веса на 10% при этом заболевании позволяет разрешить стеатоз и стеатогепатит в 100% и 90% случаев соответственно, а фиброз печени — в 80%. Тем не менее, по статистике, таким снижением веса может похвастаться только один из десяти пациентов, а всем остальным рекомендована фармакотерапия или бариатрическая хирургия.

Нужно помнить, что при всех хронических заболеваниях печени основной рекомендацией является также исключение алкоголя.

— Игорь Геннадьевич, с прошлого года на базе СЗГМУ имени И. И. Мечникова работает Северо-Западный центр лечения воспалительных заболеваний кишечника, который Вы возглавляете. Какие приоритетные задачи он решает?

— Центр был создан для повышения эффективности и доступности медицинской помощи пациентам Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа. Его основными задачами являются не только оказание медицинских услуг больным воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), обеспечение диспансерного наблюдения, но и повышение доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения, а также тиражирование методических подходов к проведению лечебно-диагностических и профилактических мероприятий у больных данной категории.

Эффективная работа Центра обеспечивается благодаря высококвалифицированным кадрам нашего университета, а также реализации мультидисциплинарного принципа.

Мы смогли помочь значительному числу больных ВЗК. В Центре внедрен и активно функционирует Федеральный регистр пациентов с ВЗК, в нем уже более 1000 пациентов. Это позволяет не только оптимизировать и стандартизировать лечебно-диагностические подходы, но и обеспечить мониторинг течения заболевания и возникающих осложнений, оценить эффективность и безопасность различных режимов терапии в условиях реальной клинической практики. Кроме того, ведение регистра представляется полезным для органов здравоохранения: это позволит обеспечить рациональное планирование и использование бюджетных средств в отношении пациентов данной категории.

Центр интегрирован в систему городского здравоохранения, и теперь все пациенты с ВЗК из Санкт-Петербурга, Ленинградской области и из других регионов Северо-Запада и России могут пройти у нас обследование и лечение.

— Каковы, на Ваш взгляд, пути оптимизации медицинской помощи больным гастроэнтерологического профиля в России?

— В последние годы в нашей стране на государственном уровне активно проводятся мероприятия по оптимизации работы медицинских учреждений. Непопулярные, на первый взгляд, меры по сокращению гастроэнтерологических «коек» привели к уменьшению числа необоснованных госпитализаций, а в итоге — к повышению качества медицинской помощи пациентам данной категории, которые действительно нуждались в стационарном лечении. В большинстве случаев лечение заболеваний органов пищеварения может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях. При этом пациенты с ВЗК и заболеваниями печени средней тяжести и тяжелого течения остаются основной группой, которой показана госпитализация и требуется активная терапия в условиях стационара.

На мой взгляд, необходимы широкое внедрение и правильное ведение регистров пациентов гастроэнтерологического профиля с наиболее распространенной патологией, организация обучения терапевтов и увеличение количества специалистов-гастроэнтерологов на амбулаторном этапе. Эти мероприятия позволят оптимизировать и оценить эффективность и безопасность диагностических и терапевтических подходов в рутинной клинической практике, а самое главное — обеспечить понимание исходов.

Требуется также постоянное обновление оборудования диагностических отделений. Сегодня гастроэнтеролог без эндоскопического, УЗИ-, МРТ- и КТ-сопровождения не сможет в полной мере обеспечить эффективный лечебно-диагностический процесс.

Сейчас мы работаем в условиях непростой экономической ситуации. Тем не менее энтузиазм и профессионализм врачей, стандартизация подходов, поддержка государства позволяют оказывать качественную специализированную медицинскую помощь нашим пациентам.

*Специально для Доктор.Ру
Шемчук И. В.*