

«Не потерять доверия пациента»



Петр Леонидович Щербаков — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела внутривидеоскопической эндоскопии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, лауреат Премии Правительства РФ.

Наша беседа с заместителем директора ЦНИИ гастроэнтерологии Петром Леонидовичем Щербаковым происходит в кабинете старого корпуса института. Лет двадцать назад Петр Леонидович, в то время еще кандидат медицинских наук, проводил занятия с группой студентов, в которой я учился, в Измайловской детской больнице. Сейчас я вновь погрузился в эту почти забытую атмосферу — книги, учебные пособия, компьютер... И старые гастроскопы в качестве музейных экспонатов.

— Помните? — Петр Леонидович берет один из них. — Это японский. Такими уже никто не работает лет пятнадцать. А вот этот, отечественный, еще более старый...

В деревянном футляре разобранный гастроскоп 1974 года выпуска. Металлический, относящийся к «эпохе» полужесткой эндоскопии. Трудно представить, что им можно было обследовать человека, не повредив слизистой желудка.

— Я застал только японские.

— Совершенно верно, мы их сразу стали закупать, они были куда удобнее. Хотя по сравнению с современным оборудованием и этот гастроскоп кажется орудием каменного века.

— **Обидно, что мы по-прежнему отстаем...**

— В технике эндоскопов — да. Тут и говорить не о чем. Но что касается качества лечения, то здесь мы — на передовых позициях. Я нередко бываю на различных международных симпозиумах, общаюсь с зарубежными коллегами, смотрю, как они работают, и могу с уверенностью сказать: подготовка специалистов у нас не хуже, терапевтические схемы, которые мы разрабатываем и внедряем в практику, очень эффективные — их у нас перенимают. Операции мы проводим на самом высоком уровне. Однако в отношении последующей реабилитации больного медицинская статистика, к сожалению, не в нашу пользу...

— **Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.**

— В свое время мы использовали прекрасную схему организации лечебно-профилактической работы, предложенную еще Н. А. Семашко: поликлиника — стационар — санаторий. Первая связка осталась, а вот третье звено, крайне необходимое в гастроэнтерологии, к огромному сожалению, выпало. После 1990-х многие реабилитационные центры и санатории были перепрофилированы в частные клиники, а некоторые закрыты совсем. В этом, я считаю, наше главное отличие от западной медицины. Там к уходу и реабилитации относятся не менее серьезно, чем к лечению.

Еще одна проблема — уровень благосостояния граждан.

— **Вы имеете в виду платежеспособность?**

— В данном случае именно уровень жизни. Американцы в одном из своих широкомасштабных исследований показали, что если доход человека превышает 40 тысяч долларов в год, то у него, как правило, нет проблем с пищеварением. В желудке у таких людей даже не обнаруживают хеликобактерии! А если уровень дохода ниже 6 тысяч, то в 90% случаев имеется патология. Высокий доход определяет соответствующую степень культуры, гигиены, качества еды и т. д. Все просто.

— **Вы сказали про хеликобактер. Насколько его присутствие в организме опасно для человека?**

— Оно имеет определяющее значение. Доказано, что хеликобактерии являются одной из главных причин развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у людей до 35–40 лет и более 60% язв желудка у людей старше 40. Причем инфицирование ими происходит, как правило, еще в детском возрасте: с четырех до восьми лет.

— **Можно провести параллель с туберкулезом...**

— Небольшую. Хеликобактериями можно реинфицироваться. Явление редкое, но, тем не менее, после проведения эрадикации (уничтожения хеликобактерий) повторное заражение отмечается в 1,5% случаев. Другое дело — неполное излечение. Опасность рецидива заболевания очень высока. Причем в нашей стране такие рецидивы — явление, увы, распространенное.

— **Почему?**

— Тут мы опять касаемся проблемы низкого уровня жизни...

— **Поясните, пожалуйста.**

— Допустим, если больной попадает в стационар, например, нашего института или в поликлинику с жалобами на боли в животе, то он совершенно бесплатно получает полное обследование и необходимое лечение, обеспечивающее эрадикацию. Однако придя в аптеку и узнав, что некоторые прописанные ему препараты очень дороги, пациент зачастую приобретает их более дешевые, но менее эффективные аналоги. Или другой вариант экономии: больные принимают лекарства не каждый день, а через день либо в меньшем количестве. В итоге — неполная эрадикация. А значит, высокая вероятность рецидива заболевания более тяжелого течения. Справиться с ним намного сложнее.

— **Число страдающих язвенной болезнью у нас, да и во всем мире, неуклонно снижается...**

— Снижается, но... Немного истории. Хеликобактер был открыт в 1983 году. Вскоре появились работы по лечению язвы желудка антибиотиками, препаратами висмута и другими средствами (например, тинидазолом). Их стали применять повсеместно, появились очень обнадеживающие результаты. Вспомните, в тех же 1980-х годах такие опасные для жизни осложнения язвенной болезни, как кровотечение и перфорация, были очень распространенным явлением. А сейчас это казуистика, их практически нигде нет. Если раньше лечение язвенной болезни занимало 40–60 дней, то сегодня срок репарации язвенного дефекта редко превышает 14 дней, а госпитализация составляет максимум 21 день. Этот прогресс объясняется, конечно, исключительно целенаправленной борьбой с хеликобактером.

Однако не все так просто. Бактерия высокорезистентна к антибиотикам, которые широко назначают сегодня уже с первых месяцев жизни ребенка, причем для лечения самых разных заболеваний: от насморка до пиелонефрита. В терапевтических схемах потенциальное наличие хеликобактера не учитывается в принципе.

В итоге за последние десятилетия хеликобактер сильно мутировал, появились агрессивные штаммы, резистентные ко многим препаратам. И с каждым годом их становится все больше и больше.

А теперь представьте себе, что для проведения эрадикации мы подбираем сильный антибиотик, к которому имеется чувствительность. Больной в силу каких-то причин, главным образом мною уже упомянутых, не доводит курс лечения до конца. Клинические проявления у него, вроде бы, исчезают, а полное излечение не наступает, и язвенная болезнь из острой превращается в хроническую рецидивирующую.

— А что в этом случае происходит с «недобитым» хеликобактером?

— Хеликобактер — очень «живучий» микроорганизм. В неблагоприятных условиях он переходит в кокковую форму и может месяцы, годы никак не проявляться. Но как только иммунитет человека ослабевает, создаются условия для развития вегетативных форм, в желудке сразу же возникают новые колонии, резистентные к тем препаратам, которыми ранее проводилось лечение.

Здесь надо сказать еще вот о чем. По существующему протоколу терапевтическая схема считается эффективной, если эрадикация в популяции составляет более 70%. У нас она зачастую не превышает 50%. Значит, в половине случаев мы не добиваемся полного излечения, а переводим болезнь в хроническую форму. Поэтому крайне важно, с моей точки зрения, больше ориентироваться на индивидуальную работу с больным. В частности, тщательно подбирать антибиотики. Желательно сначала определить чувствительность конкретных штаммов к антибиотикам и только потом сделать необходимые назначения. И опять же не ограничивать себя рамками традиционных схем, а максимально использовать весь арсенал имеющихся методик, в том числе нелекарственных.

Больные, а тем более врачи, всегда должны помнить, что хеликобактер — не просто микроорганизм, обитающий на поверхности слизистой оболочки желудка, присутствие которого чревато язвой и гастритом, а опасный канцероген первого класса! Нарушая кислотопродукцию, он извращает процесс апоптоза, что рано или поздно приводит к появлению атипичных клеток и, как следствие, развитию рака желудка.

— В одном из интервью Вы сказали, что популярность нетрадиционных методов лечения растет. Какие из них входят в арсенал современного гастроэнтеролога?

— В частности, гомеопатия. Практика показала, это неплохой метод, который применяется в комплексе с основной терапией. Однако оговорюсь, речь идет о тех гомеопатических препаратах, которые прошли клинические испытания, причем в комбинации с традиционными схемами лечения, и доказали свою действенность.

Кроме того, нельзя забывать об апитерапии. Рациональное использование продуктов пчеловодства, известное еще с незапамятных времен, сохранило свою актуальность и поныне. Многими научными исследованиями, проведенными в нашем институте под руководством профессора Л. Б. Лазебника, было показано, что на тот же хеликобактер эффективно воздействует прополис — продукт жизнедеятельности пчел — в сочетании с традиционными препаратами эрадикационной терапии.

— В популярных изданиях и в Интернете можно прочитать о самых разных способах излечения от язвы или гастрита. Кому-то помогают травы, кому-то средства, стимулирующие иммунитет, поднимающие кислотность, и т. д. Почему бы их тоже не внедрить в клиническую практику? Тем более если Вы говорите о необходимости индивидуального подхода к лечению.

— Безусловно, все, что целесообразно и полезно, мы стараемся изучать и внедрять. Но говоря об индивидуальном подходе, я не имел в виду народное целительство, эмпирически найденные схемы, частные случаи выздоровления... Отдельный такой случай не может быть перенесен на популяцию. Экстраполировать можно в обратную сторону: общее на частное. Поэтому то, что утверждает доказательная медицина, работает как на группе людей, так и у любого отдельно взятого больного.

Любое заболевание — это всегда системный сбой и целая цепочка взаимообусловленных нарушений. Чтобы вернуть человеку здоровье, нужен комплексный подход к лечению и послебольничной реабилитации. А главное — к профилактике, причем с первого года жизни.

— Как же это можно сделать?

— Человек в утробе матери стерилен. Но уже после прохождения родовых путей, с началом дыхательной деятельности и первыми глотками молозива ребенок начинает насыщаться огромным количеством самой разной флоры. Это стадия физиологического дисбиоза. Колонии бактерий находятся, что называется, вперемешку, между ними идет активная борьба за существование, или, точнее, за дальнейшее «проживание» в ЖКТ...

Почему бы целенаправленно не повлиять на процесс первоначального заселения? Тем более что это очень просто. Я бы рекомендовал, например, сделать повсеместной практикой опыт отдельных роддомов, где сразу после появления ребенка на свет ему дают несколько капель молозива и выкладывают на грудь матери. Помимо основной цели — психофизиологического импринтинга — происходит моментальное заселение сначала кожи новорожденного, а затем и кишечника материнскими бактериями. Больничная флора на их фоне уже не так приживается.

В более старшем возрасте следует прививать детям культуру здорового образа жизни, правильного питания, любовь к полезным молочнокислым продуктам. Многие из них содержат живые культуры или остатки жизнедеятельности молочнокислых бактерий, так называемые пребиотики, создающие в ЖКТ среду, предохраняющую от того же хеликобактера.

Много всего можно перечислить, что нужно делать и, кстати, делается. Но отдельно хочу сказать о том, чего делать точно нельзя. Причем не больным, а нам, врачам. В профилактических целях мы не должны заниматься обсуждением коллег!

Часто сами того не замечая, а иногда сознательно — для «повышения» своего авторитета — мы обсуждаем при больном ошибочные назначения, ставим экспертные оценки. А в результате пациенты теряют веру не в какого-то конкретного специалиста, а во врача вообще. И это страшно, потому что по собственному опыту знаю: если больной не доверяет врачу, с сомнением относится к назначенному лечению, то даже самые дорогие и действенные лекарственные препараты теряют свою эффективность, а иногда просто перестают работать... Об этом нужно помнить всем: и профессору, и начинающему интерну...

Беседовал Михеев А. В.