

Практические шаги по профилактике рака желудка в Российской Федерации: алгоритм ведения пациентов с хроническим геликобактерным гастритом

(Материалы и резолюция Совета экспертов, 9 декабря 2013 г.)

В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина, А.А. Шептулин, А.С. Трухманов, И.В. Маев, О.М. Драпкина, Р.А. Абдулхаков, О.П. Алексеева, С.А. Алексеенко, С.В. Зайцев, Н.В. Корочанская, С.А. Курилович, М.Ф. Осипенко, Р.Г. Сайфутдинов, А.С. Сарсенбаева

Practical steps on stomach cancer prevention in the Russian Federation: *H. pylori*-associated gastritis management algorithm

(Advisory board position statement, December, 9, 2013)

V.T. Ivashkin, T.L. Lapina, A.A. Sheptulin, A.S. Trukhmanov, I.V. Maev, O.M. Drapkina, R.A. Abdulhakov, O.P. Alekseeva, S.A. Alekseenko, S.V. Zajcev, N.V. Korochanskaja, S.A. Kurilovich, M.F. Osipenko, R.G. Sajfutdinov, A.S. Sarsenbaeva

Организаторы: Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Национальное Интернет-общество специалистов по внутренним болезням.

Председатель Ивашкин В.Т. (доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, Москва).

Эксперты: Абдулхаков Р.А. (доктор медицинских наук, профессор, Казань), Алексеева О.П. (доктор медицинских наук, профессор, Нижний Новгород), Алексеенко С.А. (доктор медицинских наук, профессор, Хабаровск), Драпкина О.М. (доктор медицинских наук, профессор, Москва), Зайцев С.В. (главный гастроэнтеролог Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области, заведующий Областным гастроэнтерологическим центром, Ярославль), Корочанская Н.В. (доктор медицинских наук, профессор, Краснодар), Курилович С.А. (доктор медицинских наук, профессор, Новосибирск), Лапина Т.Л. (кандидат медицинских наук, доцент, Москва), Маев И.В. (доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Москва) Осипенко М.Ф. (доктор медицинских наук, профессор, Новосибирск), Сайфутдинов Р.Г. (доктор медицинских наук, профессор, Казань), Сарсенбаева А.С. (доктор медицинских наук, профессор, Челябинск), Трухманов А.С. (доктор медицинских наук, профессор, Москва), Шептулин А.А. (доктор медицинских наук, профессор, Москва).

9 декабря 2013 г. состоялся Совет экспертов по вопросам профилактики рака желудка в России. В работе Совета приняли участие 14 ученых-экспертов в области гастроэнтерологии из Москвы, Казани, Краснодара, Нижнего Новгорода, Новосибирска, Хабаровска, Челябинска и Ярославля.

Перед участниками Совета стояла задача всестороннего обсуждения вопросов профилактики рака желудка и ведения пациентов с предраковы-

ми заболеваниями слизистой оболочки этого органа. Итогом работы стала резолюция экспертного совета, которая представлена в данном номере журнала.

Заседание экспертного совета открыл профессор, академик РАН В.Т. Ивашкин. В своем вступительном слове он обратил внимание на большую актуальность, научную и практическую значимость проблем, связанных с ранней диагностикой и профилактикой рака желудка, что в

первую очередь связано с высокими показателями заболеваемости и смертности от этой нозологии в нашей стране.

В выступлении доцента Т.Л. Лапиной были рассмотрены модели скрининга рака и предраковых заболеваний желудка. Особое внимание уделялось опыту проведения масштабных скрининговых программ в Японии с использованием современных эндоскопических методов и исследования пепсиногена и гастрин сыворотки крови. Были намечены первые шаги по внедрению этих подходов в России: оппортунистический скрининг, заложенный в рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации, и организованный скрининг в отдельных популяциях и регионах.

Профессор А.А. Шептулин основное внимание в своем докладе уделил современным подходам к эрадикационной терапии инфекции *H. pylori*. Были рассмотрены показания для проведения антигеликобактерной терапии, критерии выбора методов диагностики *H. pylori*, схемы первой и второй линий лечения, а также способы повышения эффективности тройной терапии, в том числе добавление висмута трикалия дицитрата.

Профессор А.С. Трухманов рассказал о потенциальной роли дуоденогастрального рефлюкса в патогенезе кишечной метаплазии эпителия слизистой оболочки желудка.

Региональный опыт неинвазивной диагностики хронического гастрита, ассоциированного с *H. pylori*, представили профессор М.Ф. Осипенко и профессор С.А. Курилович, коснувшиеся также эпидемиологических особенностей инфекции *H. pylori* в Сибири, показателей заболеваемости и смертности от рака желудка в Новосибирске.

Первый опыт проведения программы скрининга рака и предраковых заболеваний желудка в республике Татарстан осветил профессор Р.Г. Сайфутдинов.

Региональным опытом по профилактике и ранней диагностике рака желудка поделились профессор С.А. Алексеенко, профессор О.П. Алексеева, заведующий Областным гастроэнтерологическим центром С.В. Зайцев, профессор Н.В. Корочанская и профессор А.С. Сарсенбаева.

В заключение прошло обсуждение положений резолюции экспертного совета.

По единодушному мнению экспертов вопросы профилактики рака желудка должны находиться в центре внимания российских ученых и клиницистов, а представленная резолюция может стать основой для создания рекомендаций по ведению пациентов с предраковыми заболеваниями желудка.

Резолюция Совета экспертов, 9 декабря 2013 года

Разработка и внедрение практических мер по профилактике рака желудка в России крайне важны. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России рак желудка занимает 4-е место у мужчин и 5-е место у женщин. В 2011 г. число вновь выявленных больных раком желудка составило 38318, заболеваемость — 26,8 на 100000 населения. Кумулятивный риск умереть от злокачественных новообразований желудка у мужчин 2,6%, у женщин 1%.¹

В качестве общих мер по оздоровлению населения следует рассматривать борьбу с курением и злоупотреблением алкоголем, популяризацию здорового питания и физической активности. Наиболее эффективной, с точки зрения современной гастроэнтерологии, мерой профилактики рака желудка является эрадикационная терапия инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) при хроническом гастрите, в том числе при атрофическом.

1. Высокая распространенность инфекции *H. pylori* в России определяет высокую частоту развития хронического гастрита и ассоциированных с *H. pylori* заболеваний, в том числе рака желудка.

2. Хронический гастрит, вызванный инфекцией *H. pylori*, в том числе атрофический, служит показанием к проведению эрадикационной терапии *H. pylori*.²

3. Длительный прием ингибиторов протонной помпы (ИПП), например при эрозивной форме *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ), необходимо рассматривать как показание к проведению эрадикационной терапии *H. pylori* с целью профилактики воспалительных и атрофических изменений слизистой оболочки тела желудка.

4. В любой клинической ситуации, при которой врач не уверен в необходимости диагностики и лечения инфекции *H. pylori*, дополнительным

¹ Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. (ред.). Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) — М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013 — С. 289.

² Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. и Комитет экспертов. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Рос. журн. гастроэнт. гепатол. колопроктол. — 2012. — № 1. — С. 87–89.

и крайне актуальным аргументом в пользу их проведения должен стать профилактический эффект по отношению к возникновению рака желудка, особенно у пациентов с отягощенным наследственным анамнезом.

5. В качестве схемы первой линии лечения инфекции *H. pylori* рекомендуются:

а) стандартная тройная схема эрадикационной терапии: ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки или метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7–14 дней;

б) квадротерапия с препаратом висмута: висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки, ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки, тетрациклин по 500 мг 4 раза в сутки, метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней.²

6. В качестве меры, позволяющей повысить эффективность стандартной тройной терапии, рассматривается добавление к данной схеме висмута трикалия дицитрата: ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки, висмута трикалия дицитрат по 240 мг 2 раза в сутки или по 120 мг 4 раза в сутки.

7. Больные с атрофическим гастритом даже после успешной эрадикационной терапии *H. pylori* остаются в группе риска развития рака желудка и должны проходить периодические осмотры с проведением эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

8. При направлении пациента с атрофическим гастритом на ЭГДС терапевт или гастроэнтеролог должен отдавать предпочтение эндоскопическому отделению, где возможны проведение эндоскопии с применением современных методов, а также адекватный забор биопсийного материала и его дальнейшее морфологическое исследование.

9. При хроническом гастрите, в том числе атрофическом, после курса эрадикационной терапии *H. pylori* целесообразно продолжить прием висмута трикалия дицитрата до 4–8 недель для обеспечения защиты слизистой оболочки желудка.²

10. Разработка мер хемопрофилактики рака желудка должна находиться в центре внимания российских ученых.

11. Обязательна эрадикация *H. pylori* после операции на желудке (эндоскопическая резекция, частичная гастрэктомия) у больных раком желудка.