



Лариса Матисовна КРУМС: «Прежде всего врач-гастроэнтеролог должен обладать высоким уровнем профессионализма»

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии (ЦНИИГ) Департамента здравоохранения Москвы – один из ведущих центров нашей страны по лечению широкого спектра гастроэнтерологических заболеваний. В этом году отмечается 50 лет со дня образования ЦНИИГ, который впоследствии стал основой для создания ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логанова» Департамента здравоохранения Москвы – крупнейшего в России многопрофильного лечебного учреждения. Все эти годы ЦНИИГ является центром по оказанию высококвалифицированной специализированной помощи больным, развитию научных исследований и инновационных медицинских технологий. О прошлом и настоящем ЦНИИГ, перспективных направлениях его деятельности рассказывает заслуженный врач РФ, д.м.н., старший научный сотрудник отделения невоспалительной патологии кишечника ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логанова» Департамента здравоохранения Москвы, член Московского общества по изучению целиакии Лариса Матисовна КРУМС.



– В этом году ЦНИИГ – крупнейшему научно-практическому медицинскому учреждению Москвы исполняется 50 лет. Лариса Матисовна, вы работаете в ЦНИИГ со дня его образования. Расскажите, пожалуйста, с чего все начиналось?

– Всесоюзный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии был создан еще в 1971 г. на базе клиники пропедевтики Первого Московского ордена Ленина медицинского института, позже Первого Московского медицинского института, а сегодня

известного как Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. Именно тогда я, молодой кандидат медицинских наук, начала свою деятельность в отделении патологии тонкой кишки. В 1973 г. институт, переиме-



Актуальное интервью

нованный в ЦНИИГ, перешел в ведение Московского комитета (теперь Департамента) здравоохранения и расположился в корпусах бывшей Городской клинической больницы № 58 по адресу: шоссе Энтузиастов, д. 86, где находится и сегодня. Директором ЦНИИГ был назначен д.м.н., профессор, в дальнейшем академик АМН СССР А.С. Логинов. Первым руководителем отделения патологии тонкой кишки стала д.м.н. М.А. Виноградова.

Конечно, первый год после переезда был непростым. Прежде всего осуществлялась активная работа по модернизации и расширению стационара для гастроэнтерологических больных, организации научной деятельности. Научные лаборатории оснащались оборудованием, приглашались новые квалифицированные сотрудники. Однако научные исследования в области заболеваний кишечника не прекращались даже в период обустройства на новом месте. В отделении патологии тонкой кишки часть холла была отделена и в ней располагались сушильные шкафы, аппаратура для проведения анализов, даже вытяжной шкаф. Другую часть холла использовали для исследовательской работы иммунолога. С первого же года создания ЦНИИГ начали проводить научные сессии института. Уже к концу первого года работы на научной сессии, проходившей в клубе завода «Прожектор», территория которого располагалась поблизости, всеми научными сотрудниками нашего отделения были представлены результаты работы.

– Какими были основные приоритетные направления научной деятельности отделения в то время?

– До 1970-х гг. в Советском Союзе признавали единственное заболевание тонкой кишки – хронический энтерит, или хронический энтероколит, клинически проявляющийся диспептическими расстройствами и тяжелыми нарушениями метаболических процессов в организме. Терапия этого состояния была направлена на купирование симптомов заболевания без учета их этиологии. Основные направления исследований в тот период были связаны с изучением метаболических процессов, нарушений обменных процессов, патогенеза диареи. Между тем в зарубежной литературе тех лет уже появилось описание ряда заболеваний тонкой кишки, в частности целиакии взрослых, иммунной недостаточности. С 1974 г. в отделении патологии тонкой кишки ЦНИИГ также начали изучать проблемы всасывания в желудочно-кишечном тракте, вели поиск этиологических факторов и патогенетических подходов к терапии заболеваний тонкой кишки. Постепенно представления о патологии кишечника начали расширяться. Особый интерес у нас, исследователей, вызывали вопросы диагностики и лечения целиакии у взрослых.

– Вы являетесь членом Московского общества по изучению целиакии. Как начинались исследования этиологии и патогенеза данного заболевания в ЦНИИГ?

– Как известно, целиакия – заболевание, связанное с непереносимостью белка глютена, нарушающей функционирование слизистой оболочки тонкой кишки. Долгое время в нашей стране целиакия считалась заболеванием детского возраста. Только с внедрением в практику метода прижизненной биопсии слизистой

оболочки тонкой кишки, исследованием ее морфологической структуры появилась возможность диагностировать отдельные нозологические формы заболеваний тонкой кишки, изучить особенности их клинических проявлений и осуществить дифференцированный подход к терапии. Было установлено, что заболеваемость целиакией не ограничивается детской популяцией, существует целиакия взрослых.

Первым, кто побудил нас пересмотреть представления о болезнях тонкой кишки, был известный патологоанатом, руководитель лаборатории патоморфологии ЦНИИГ, профессор Л.И. Аруин. Он утверждал, что в биоптатах слизистой оболочки тонкой кишки у пациентов с диагнозом хронического энтероколита нет воспаления, а существуют совершенно другие морфологические признаки, такие как атрофия слизистой оболочки тонкой кишки. Результаты его наблюдений не только способствовали повышению интереса к вопросам диагностики патологических изменений в слизистой оболочке тонкой кишки, но и привели к формированию новых диагностических подходов, основанных на этиологических факторах. В то время в отделении патологии тонкой кишки шла активная исследовательская и экспериментальная работа, в ходе которой тщательно изучались особенности клинических проявлений заболеваний кишечника, рентгенологической картины, морфологических изменений биоптатов слизистой тонкой кишки.

В начале исследований морфологической структуры тонкой кишки использовали зонд, на конце которого закреплялась капсула с устройством для



Актуальное интервью

получения биоптата слизистой оболочки тонкой кишки. Процедура была непростой. Утром научный сотрудник давал больному проглотить капсулу, затем с помощью рентгенографии определяли место ее нахождения в кишечнике. Через определенное время вновь проверяли расположение капсулы с помощью рентгенографии. Так продолжалось до тех пор, пока капсула не оказывалась в тощей кишке. Иногда эта процедура занимала несколько часов. Кроме того, в день можно было обследовать только одного пациента. Когда было доказано, что изменения морфологической структуры слизистой оболочки двенадцатиперстной и тощей кишок совершенно идентичны, процедура получения биоптатов значительно упростилась. С тех пор биоптаты для морфологического исследования стали получать из нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки при проведении обычной эзофагогастродуоденоскопии. Диагноз хронического энтероколита стал уходить в прошлое. Новые диагностические возможности позволили подробно описать клиническую, морфологическую картину целиакии, ее разнообразные проявления. Так, впервые в ЦНИИГ стали диагностировать целиакию взрослых, была разработана аглютеновая диета для ее лечения. С тех пор в программу каждой научной сессии института входят сообщения сотрудников отделения патологии тонкой кишки о различных клинических аспектах целиакии, в частности особенностях клинических проявлений, внекишечных симптомов, формах заболевания (остеопороз, репродуктивные нарушения у женщин, изменения печени и др.).

Существенно повысило эффективность диагностики целиакии внедрение скрининговых высокочувствительных серологических методов. В настоящее время в ЦНИИГ успешно занимаются активной диагностикой целиакии и ее лечением.

– Какие современные методы применяются для лечения целиакии? Каков прогноз у больных целиакией?

– Главным методом лечения целиакии является строгое пожизненное соблюдение аглютеновой диеты. От ее соблюдения напрямую зависит прогноз заболевания. Длительно не леченная целиакия приводит к прогрессированию болезни и увеличивает риск развития таких грозных осложнений, как злокачественные заболевания кишечника. У больных целиакией, не соблюдающих аглютеновую диету, возникает опасность ранней смерти. Мне вспоминается один случай. Молодая девушка получила лечение в Клинике ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е.М. Тареева по поводу предполагаемого заболевания печени. Однако лечение в течение двух месяцев не привело к улучшению ее состояния. Сохранявшаяся на фоне терапии анемия послужила основанием для предположения о возможной целиакии. По результатам морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки диагноз целиакии был подтвержден, и пациентка была переведена в ЦНИИГ. Ей назначили аглютеновую диету, от которой она отказалась. Беседы лечащих врачей с больной и ее родственниками не увенчались успехом. Пациентка по собственному желанию была выписана из стационара и при-

ступила к работе. Через три месяца она умерла на рабочем месте. При аутопсии диагноз целиакии подтвердился. Отказ от соблюдения аглютеновой диеты привел к смерти больной.

Таким образом, строгое соблюдение аглютеновой диеты приводит не только к клинической ремиссии целиакии в виде структурного восстановления слизистой оболочки тонкой кишки. Больные целиакией, тщательно соблюдающие безглютеновую диету, ведут полноценную жизнь, в большинстве случаев работают по специальности, иногда занимая ответственные должности.

– Какие, на ваш взгляд, меры следует предпринимать в целях улучшения ранней диагностики целиакии?

– Несмотря на существующие рекомендации по диагностике и лечению целиакии взрослых и детей, разработанные российскими гастроэнтерологами, среди врачей общей практики сохраняется недостаточный уровень информированности о заболевании. Как следствие – низкая выявляемость целиакии, особенно на этапе первичного звена. В связи с этим необходимо совершенствовать уровень профессиональной подготовки врачей, организовывать образовательные программы, посвященные проблеме целиакии, для врачей различных специальностей. Работа в этом направлении ведется. Сотрудники ЦНИИГ регулярно выступают с докладами по вопросам диагностики и лечения целиакии не только на научных сессиях института, но и на всех ключевых научно-практических гастроэнтерологических площадках нашей страны.



Актуальное интервью

Кроме того, для повышения квалификации врачи любого профиля должны изучать литературу, посвященную различным нозологиям, встречающимся в клинической практике. Так, недавно была переиздана монография «Целиакия», подготовленная заслуженным врачом РФ, д.м.н., руководителем отдела патологии кишечника Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова, профессором А.И. Парфеновым, в которой обобщен многолетний клинический материал исследований целиакии, подробно рассмотрены этиология, теории патогенеза, методы диагностики и лечения заболевания.

Думаю, повышение уровня знаний о клинических проявлениях и методах скрининга целиакии среди широкого круга врачей разных специальностей будет способствовать ее раннему выявлению.

– Лариса Михайловна, у вас за плечами огромный научно-практический опыт лечения заболеваний тонкой кишки. Какими основными принципами должен руководствоваться современный врач при ведении пациентов с целиакией?

– Прежде всего врач должен обладать высоким уровнем профессионализма в своей области, четко знать основные методы и критерии диагностики и лечения целиакии. Подход к диагностике целиакии должен быть комплексным и основываться на объективной оценке данных анамнеза, клинического обследования, результатов серологических тестов и морфологического исследования слизистой тонкой кишки. Кроме того, лечащий врач должен знать, что основой эффективности лечения целиакии является конт-

роль за выполнением большим всех рекомендаций по рациону питания, соблюдением строгой аглютеновой диеты, а также своевременное выявление рецидивов и осложнений целиакии.

– Какие новые направления для научных исследований разрабатываются в отделе патологии тонкой кишки сегодня?

– В последние годы начали изучать ферменты мембранного пищеварения – карбогидразы. Установлено, что степень снижения уровня карбогидраз у больных целиакией коррелирует со степенью атрофии слизистой оболочки тонкой кишки, что позволяет по динамике содержания мембранных ферментов судить о восстановлении структуры слизистой. Снижение уровня карбогидраз обнаружено также у больных синдромом раздраженного кишечника. Выделена новая нозологическая форма – энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения.

В последние годы впервые описана еще одна нозологическая форма – хологенная диарея после холецистэктомии. Как известно, у больных после холецистэктомии часто развивается диарейный синдром – жидкий водянистый стул ярко-желтого или зеленоватого цвета с императивным позывом. Это объясняли дисбактериозом, развившимся после операции. Результаты проведенных исследований показали, что у больных с диареей после холецистэктомии в стуле содержится большое количество желчных кислот при одновременном снижении факторов, обеспечивающих реабсорбцию желчных кислот в подвздошной кишке. Неабсорбированные желчные кислоты нарушают всасывание и усиливают секрецию

воды и электролитов в толстой кишке, вызывая хологенную диарею. В настоящее время разработан алгоритм диагностики и терапии данного заболевания. Кроме того, продолжают исследования целиакии и связи ее с другими аутоиммунными заболеваниями.

– Какие задачи стоят перед ЦНИИГ на современном этапе?

– Сегодня ЦНИИГ в рамках ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы стал многопрофильным научно-исследовательским лечебным учреждением. При этом сохраняется традиционно высокий научный уровень института гастроэнтерологии. Кроме того, расширяется тематика научных интересов, появляются новые научные направления со своими методами и объектами исследований. На базе ЦНИИГ проходят научно-образовательные мероприятия, в ходе которых врачи из всех регионов России и зарубежные коллеги обмениваются опытом диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний. В частности, в конференц-залах нового девятиэтажного корпуса Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова в марте этого года состоялась 49-я сессия ЦНИИГ, посвященная проблемам гастроэнтерологии, хирургии и онкологии.

Безусловно, основными задачами, стоящими перед ЦНИИГ, остаются совершенствование и разработка эффективных методов диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения, оказание высококачественной медицинской помощи населению. ☉