



# Как предотвратить рак желудка



Подходы к скринингу и ранней диагностике рака желудка, а также пути снижения уровня заболеваемости и смертности от данной патологии обсудили главный редактор журнала «Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология», главный внештатный гастроэнтеролог Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логинова, профессор, д.м.н. Дмитрий Станиславович БОРДИН (на фото слева) и профессор медицины, действительный член Латвийской академии наук, директор Института клинической и профилактической медицины Латвийского университета, гастроэнтеролог Центра заболеваний органов пищеварения GASTRO (Рига, Латвия) Марцис ЛЕЯ.



## Актуальное интервью

**Д.С. Бордин:** Рак желудка занимает пятое место в структуре онкологических заболеваний. Почти 1 млн новых случаев в мире в год; пятилетняя выживаемость не превышает 20% из-за поздней диагностики. Очевидно, что требуется формирование системы скрининга пренеопластических изменений и улучшение ранней диагностики рака желудка. Как вы думаете, ранняя диагностика и скрининг – отдельные направления или части целостного подхода?

**М. Лея:** На мой взгляд, это два разных направления и учитывать их следует отдельно. Пациенты с повышенным риском развития рака желудка, имеющие наследственную предрасположенность, и/или с выявленной атрофией или метаплазией слизистой оболочки желудка должны быть пролечены от *Helicobacter pylori* и регулярно наблюдаться специалистами, проходить диспансеризацию. Отмечу, что это не всегда происходит в реальной практике. Если говорить о скрининге, то подразумевается организованный скрининг. Что это такое? Это мероприятия по выявлению лиц, которые входят в группы риска развития рака желудка среди населения, когда людей приглашают, обследуют и потом наблюдают с использованием единой базы данных на определенной территории. К сожалению, при ранней диагностике рака желудка, в частности в скрининговых программах, недостаточно используются современные диагностические возможности. Так, среди основных методов диагностики заболевания особую роль играет детальная эндоскопическая оценка состояния слизистой оболочки желудка. Тщательное эндоскопическое исследование с подробным осмотром слизистой оболочки позволяет своевременно обнаружить ее предраковые изменения (атрофию и метаплазию) или рак на ранней стадии. При выполнении каждой эндоскопии рекомендуется проведение четырех-пяти биопсий, чтобы оценить слизистую оболочку в соответствии с Сидней-

ской классификацией или по системе OLGA/OLGIM. Но реально это мало где проводится.

Между тем у врачей нередко возникает вопрос: надо ли брать биопсию у лиц молодого возраста? В таком случае можно спросить: а надо ли проводить эндоскопическое исследование? Действительно, при отсутствии «знаков тревоги» достаточно провести неинвазивный <sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест на наличие *H. pylori* и при позитивном результате – эрадикационную терапию. Важно через 30 дней после ее завершения сделать контрольный тест для подтверждения успеха лечения.

**Д.Б.** Таким образом, для снижения уровня заболеваемости и смертности от рака желудка мы можем воздействовать на группу риска, которую должны сформировать с учетом определенных критериев, либо влиять на популяцию в целом. Что касается групп риска, есть несколько подходов. Пациентам с наследственным риском развития рака желудка (больные родственники первой линии) рекомендовано проведение диагностики хеликобактерной инфекции и в случае ее обнаружения – эрадикация до развития атрофии, лучше это делать в возрасте 20–30 лет. Есть ли какие-то другие способы формирования групп риска, например по результатам серологической биопсии?

**М.Л.** Несомненно, наиболее известным методом выявления атрофического гастрита является серологический тест – определение уровня пепсиногена 1 и 2 в крови. Правда, этот тест нельзя назвать идеальным, и только на нем базироваться не следует. Но, с другой стороны, у больных с функциональными нарушениями, симптомами диспепсии этот тест полезен и позволяет решить, нужно ли проведение эндоскопического исследования. Однако рекомендовать его в общей популяции преждевременно. В Евросоюзе серологическое тестирование не рекомендовано, кроме научных исследований. Даже нынешние рекомендации по скринингу

Тщательное эндоскопическое исследование с подробным осмотром слизистой оболочки позволяет своевременно обнаружить ее предраковые изменения (атрофию и метаплазию) или рак на ранней стадии. При выполнении эндоскопии рекомендуется проведение четырех-пяти биопсий, чтобы оценить слизистую оболочку

рака желудка в Японии не рекомендуют серологию для организованного скрининга. Я бы сказал, что мы точно нуждаемся в таких обследованиях: серологическое тестирование, последующая верификация состояния слизистой оболочки и наблюдение. Это идеальный подход. Такие исследования крайне интересны.

**Д.Б.** Видимо, главный вопрос в стоимости: если в стране эндоскопия существенно дороже теста на пепсиногены, целесообразно начинать с исследования уровня пепсиногенов. Если эндоскопия по каким-то причинам дешевле, подобное исследование становится лишним звеном.

**М.Л.** Стоимость тестов на определение уровня пепсиногена не может быть выше стоимости проведения эндоскопии. Это нелогично.

**Д.Б.** Как вы уже отмечали, при эндоскопическом исследовании желудка необходимо взять четыре-пять биоптатов слизистой оболочки желудка для морфологической оценки ее состояния. Является ли морфологическое исследование рутинным в Латвии и Евросоюзе?

**М.Л.** Это важный вопрос, поскольку в повседневной практике в большинстве неспециализированных медицинских учреждений



## Актуальное интервью

Латвии и Евросоюза биопсии при каждом эндоскопическом исследовании не берутся. Однако в специализированных клиниках, таких как наша в Риге, биопсия из желудка в процессе эндоскопии является стандартным подходом, особенно у пациентов старше 50 лет.

**Д.Б.** Не утратит ли актуальности морфологическое исследование с развитием эндоскопической техники и внедрением эндоскопии высокого разрешения?

**М.Л.** Очень важный вопрос. В азиатских странах биопсии берутся не по стандартам Сиднейской классификации. Там другой подход к эндоскопии, предполагающий очень тщательный осмотр слизистой оболочки и документирование хода исследования с помощью определенного количества снимков, подготовку слизистой оболочки желудка к исследованию, что практически не делается у нас. Современные рекомендации констатируют, что только эндоскопического изображения, получаемого при современных методах, таких как NBI, пока недостаточно для диагностики, но они позволяют точно определить места, откуда необходимо брать биопсию. С другой стороны, реальная ситуация такова, что далеко не во всех учреждениях, оснащенных современным оборудованием, эндоскописты используют

его возможности в повседневной практике. Очевидно, что хорошие специалисты, располагающие современным оборудованием и имеющие возможность тщательно осматривать желудок, могут находить подозрительные участки слизистой оболочки и целенаправленно брать биопсии, выявляя, к примеру, cancer *in situ*. И так, биопсии следует брать в любом случае, либо по пяти стандартным точкам, либо прицельно, и такую возможность дают современные технологии, приходящие в повседневную практику.

**Д.Б.** Таким образом, развитие медицинских технологий ведет к тому, что можно будет более целенаправленно брать биопсии из подозрительных участков слизистой оболочки желудка и верифицировать проблемы на ранних стадиях. Этим путем идут Япония и Южная Корея, где выявление рака желудка на первой стадии достигает 80%.

**М.Л.** Совершенно верно. Это уже нашло отражение в европейских рекомендациях. Забор биоптата должен проводиться из стандартных точек, а также дополнительно при выявлении подозрительных или поврежденных участков слизистой оболочки желудка. Современные технологии позволяют визуализировать зоны риска с максимальной точностью.

**Д.Б.** Каков сегодня процент выявления рака желудка на первой стадии в Латвии?

**М.Л.** К сожалению, случаи выявления рака желудка на ранней стадии крайне редки. Важно отметить, что они главным образом обнаруживаются при целенаправленном наблюдении пациентов с дисплазией. Это самый реальный способ выявить злокачественное новообразование на ранней стадии. Если обобщить сказанное выше, то определение уровня пепсиногенов может позволить выявить пациента из группы риска. К сожалению, таким методом мы обнаружим не всех. Но если выявим, то последующий эндоскопический контроль

и динамическое наблюдение являются самым многообещающим методом для выявления рака на ранних стадиях.

**Д.Б.** Вы затронули важную проблему подготовки пациента к эндоскопическому исследованию и длительности диагностической процедуры. Понятно, что для тщательного осмотра требуется седация. Насколько часто она применяется в рутинной практике эндоскопии?

**М.Л.** Это во многом зависит от учреждения. В нашем центре седация пропофолом проводится практически во время каждой эндоскопии. Всегда ли нужно это делать, вопрос спорный. На мой взгляд, это важно для более детальной оценки слизистой оболочки, позволяет не ограничивать время исследования. Кроме того, исследование слизистой оболочки желудка в состоянии седации комфортно и является выбором самого пациента.

**Д.Б.** Покрывают ли страховые компании Латвии расходы на седацию?

**М.Л.** Да, в нашей стране большинство процедур оплачивается государством и частными страховыми компаниями.

**Д.Б.** Вы сказали, что правильная подготовка слизистой оболочки желудка – важный аспект проведения диагностических процедур с помощью эндоскопии. В чем она заключается?

**М.Л.** Качественная эндоскопия желудка возможна в отсутствие пены, скрывающей небольшие изменения слизистой оболочки. Японские специалисты рекомендуют принять раствор симетикона перед эндоскопией или проводят отмывание пены в ходе эндоскопии. Кстати, если в Европе такой подход почти не практикуется, то в ряде азиатских стран он считается стандартным.

**Д.Б.** Применяется ли седация в азиатских странах?

**М.Л.** Конечно, подходы к проведению эндоскопических исследова-

Эндоскопическое исследование слизистой оболочки желудка, проведенное грамотным специалистом с использованием эндоскопии высокого разрешения в условиях седации, позволяет надежно выявлять предраковые изменения и ранний рак желудка



## Актуальное интервью

дований в странах, в том числе азиатских, разные. Во многих специализированных медицинских центрах седация применяется как при гастроскопии, так и при колоноскопии. Однако в повседневной практике вряд ли седация широко используется. Очевидно, возможности разные.

**Д.Б.** Резюмируя сказанное, можно сделать вывод, что эндоскопия слизистой оболочки желудка, если процедура проводится грамотными специалистами с использованием современного оборудования, обеспечивающего высокое разрешение, при правильной подготовке и желательна в условиях седации, позволяет надежно выявлять предраковые изменения и ранний рак желудка. Однако соблюдение всех этих условий ограничено высокой стоимостью. В большинстве стран введение столь качественной эндоскопии потребует дополнительных затрат.

**М.Л.** Согласен. Если мы говорим о государственном уровне, приходится учитывать экономическую эффективность. Подсчитано, что эндоскопический скрининг у индивидов, у которых нет жалоб, экономически выгоден в азиатских странах, но пока нет данных об экономической эффективности в других странах. В Казахстане была предпринята попытка внедрить такой эндоскопический скрининг, но в этом году они отказались от этого. Результаты должны быть тщательно проанализированы. Данных нет, но мое личное мнение, что это не будет экономически выгодно. На мой взгляд, здоровым людям или лицам без специфических жалоб, у которых нет прямых показаний для проведения эндоскопии, целесообразно проводить двухэтапный скрининг, включающий специальные неинвазивные тесты, к примеру оценку уровня пепсиногенов, другие параметры либо их комбинации. В случае отклонений необходимо проводить эндоскопические исследования.

**Д.Б.** Таким образом, в двухэтапный скрининг входит серологическое определение уровня пепсиногенов для формирования группы риска рака желудка. Снижение уровня пепсиногена 1 или отношения «пепсиноген 1/пепсиноген 2» служит основанием для выполнения эндоскопии. Какие еще неинвазивные тесты могут использоваться?

**М.Л.** Сегодня определение уровня пепсиногенов в крови является наиболее эффективным методом для формирования групп риска рака желудка. Пока это единственный тест, имеющий достаточную доказательную базу. Однако следует учитывать относительную достоверность показателей и возможность выявления недостоверных результатов. Нами накоплен опыт, который свидетельствует о том, что, к сожалению, у 2/3 пациентов при раке желудка уровни пепсиногенов могут быть в норме. То есть в популяционном скрининге мы можем пропустить много лиц, которым нужна эндоскопия. В настоящее время проводится оценка новых тестов для серологической диагностики пренеопластических изменений и раннего рака желудка, молекулярных тестов. Тесты для скрининга рака желудка должны быть не только точными, но и приемлемыми по цене. Пока такого нет.

**Д.Б.** Давайте поговорим о первичной профилактике рака желудка. Как известно, в 90% случаев рак желудка обусловлен хеликобактерной инфекцией и является следствием длительного течения хеликобактерного гастрита. Эрадикация *H. pylori* рекомендуется как стратегия профилактики рака желудка. Широко известен каскад Корреа: хронический гастрит – атрофический гастрит – метаплазия – дисплазия – аденокарцинома желудка. Но если гастрит возникает у всех инфицированных, то раком желудка заболевает 1–2%. Получается, чтобы предотвратить рак у 1–2% пациентов, необходимо

пролечить всю популяцию. Эффективен ли такой подход с экономической точки зрения?

**М.Л.** Проводимые исследования и данные статистики демонстрируют, что такой подход дает экономический эффект, причем очень хороший. Но многие аспекты этой проблемы еще не изучены. В частности, каковы риски, связанные с увеличением использования антибиотиков широкого спектра действия в популяции и ростом резистентности иной микрофлоры, мы не знаем. Да, такой подход должен быть экономически выгоден. На мой взгляд, при массовом подходе к эрадикации хеликобактерной инфекции должны использоваться антибиотики, отличные от тех, которые применяются у пациентов с уже имеющимися симптомами заболеваний, наличием атрофического процесса в слизистой оболочке желудка. Одним из логичных подходов может быть лечение инфекции *H. pylori* у бессимптомного пациента не сразу после ее выявления, а одновременно с антибактериальной терапией по поводу другого заболевания. На практике это реализовать трудно. Вряд ли такой подход будет отражен в рекомендациях.

**Д.Б.** Экономическая эффективность эрадикации *H. pylori* для профилактики рака желудка доказана в странах Юго-Восточной Азии. Какова ситуация в Европе?

**М.Л.** Опубликовано три метаанализа исследований, проведенных в разных странах, которые показали экономическую эффективность эрадикационной терапии в целях профилактики рака желудка у лиц, инфицированных *H. pylori*, не только в азиатских странах. Более того, в странах Азии до недавнего времени эрадикационная терапия даже не оплачивалась страховыми компаниями. Только с 2013 г. в Японии началась компенсация эрадикации при гастрите, но это означает, что всегда в Японии до того надо провести эндоскопическое исследование. ●

гастроэнтерология