



Е.А. ДУБЦОВА: «В основе врачевания лежит подход к каждому пациенту как к уникальной личности»

Патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы относятся к наиболее распространенным заболеваниям органов пищеварения. Об основных этапах становления отечественной панкреатологии, состоянии и перспективах развития современных методов ранней диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы рассказала ведущий научный сотрудник отдела патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта Московского клинического научного центра (МКНЦ) им. А.С. Логинова, доктор медицинских наук Елена Анатольевна ДУБЦОВА.



– Елена Анатольевна, ваша профессиональная деятельность неразрывно связана с Центральным научно-исследовательским институтом (ЦНИИ) гастроэнтерологии. Расскажите, пожалуйста, об основных вехах его развития. С чего начинался путь становления отделения патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей?

– История ЦНИИ гастроэнтерологии началась в 1967 г. В то время на базе кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государст-

венного медицинского института (ПМГМУ) им. И.М. Сеченова (сегодня Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова) был организован Всесоюзный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии. Первым директором был назначен академик АМН СССР Владимир Харитонович Василенко. Профессор, д.м.н. Анатолий Сергеевич Логинов занимал должность заместителя директора по науке и руководителя гепатопанкреатологического отделения.

В августе 1973 г. институт гастроэнтерологии был отделен от кафедры пропедевтики ПМГМУ им. И.М. Сеченова и передан Комитету здравоохранения г. Москвы под названием ЦНИИ гастроэнтерологии. Его возглавил профессор, впоследствии академик АМН СССР, д.м.н. А.С. Логинов.

В 1975 г. впервые в мировой клинической практике в ЦНИИ гастроэнтерологии было открыто отделение патологии поджелудочной железы в терапевтической клинике. Первым



Актуальное интервью

руководителем отделения патологии поджелудочной железы стала ученица Анатолия Сергеевича Зинаида Семеновна Исакова. Множество научных работ А.С. Логинова и его учеников было посвящено разработке методов функциональных исследований поджелудочной железы, изучению особенностей клинического течения хронических панкреатитов. В результате была разработана классификация хронических панкреатитов, созданная А.С. Логиновым совместно с другим известным терапевтом и гастроэнтерологом Всеволодом Григорьевичем Смагиным. Классификация предусматривала оценку хронического панкреатита по нескольким параметрам: этиологии, клиническим проявлениям, особенностям течения и осложнениям.

В дальнейшем отделение патологии поджелудочной железы возглавил Владимир Михайлович Садоков. Тема его докторской диссертации: «Алкогольный панкреатит». Один из разделов работы посвящен связи хронического панкреатита и рака поджелудочной железы. Анализируя аутопсийный материал, В.М. Садоков установил, что при раке поджелудочной железы во всех случаях выявляется хронический панкреатит, причем не только в прилежащей к опухоли ткани поджелудочной железы, но и в отдаленных участках.

Позднее отделение возглавляли к.м.н. Зинаида Дмитриевна Кондашова и д.м.н. Людмила Васильевна Винокурова. Докторская диссертация Л.В. Винокуровой о клинико-патогенетических механизмах развития внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите также внесла существенный вклад в понимание процессов формирования нарушения функции поджелудочной железы, что позволило оптимизировать лечение пациентов.

В 2010 г. д.м.н., профессор Леонид Борисович Лазебник, директор ЦНИИ гастроэнтерологии в тот период, предложил мне возглавить отделение патологии поджелудочной железы. На этом посту я проработала в течение последующих тринадцати лет, параллельно занимаясь научной деятельностью.

В 2013 г. на базе ЦНИИ гастроэнтерологии и Городской клинической больницы № 60 было образовано многопрофильное учреждение Московский клинический научно-практический центр, которому позднее было присвоено имя Анатолия Сергеевича Логинова. При реструктуризации на базе отделения патологии поджелудочной железы и отделения желчевыводящих путей были созданы отделения патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей и дневной стационар, а в 2023 г. произошло слияние отделений патологии поджелудочной железы и верхних отделов пищеварительного тракта. В настоящее время отдел патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта МКНЦ им. А.С. Логинова возглавляет д.м.н. Дмитрий Станиславович Бордин. В нашем отделе сохраняется традиционно высокий научный уровень, продолжается активная научно-исследовательская работа, разрабатываются новые подходы к диагностике и лечению заболеваний поджелудочной железы, желчевыводящих путей, верхних отделов пищеварительного тракта.

– С чего начиналась ваша трудовая деятельность в ЦНИИ гастроэнтерологии?

– Я пришла в ЦНИИ гастроэнтерологии с желанием заниматься научными исследованиями. До этого я работала участковым терапевтом. На мое профессиональное становление повлияли учителя – выдающиеся ученые

и талантливые клиницисты, открывшие для меня медицинскую науку на стыке специальностей иммунологии и гастроэнтерологии. Моим первым руководителем была д.м.н. Галина Николаевна Соколова, возглавлявшая тогда отделение сочетанных заболеваний органов пищеварения № 2 ЦНИИ гастроэнтерологии. Под руководством Галины Николаевны и заведующей лаборатории иммунологии д.м.н. Тамары Михайловны Царегородцевой создавалась моя первая научная работа, целью которой было определение содержания интерлейкинов в сыворотке крови при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В то время только начинали изучать влияние экспрессии цитокинов на развитие и прогрессирование патологических процессов при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

– Заболевания поджелудочной железы – одна из самых распространенных патологий пищеварительной системы у взрослых. Каковы особенности диагностики заболеваний поджелудочной железы?

– Поджелудочная железа располагается глубоко забрюшинно и потому диагностика заболеваний поджелудочной железы может представлять некоторые трудности. В ряде случаев общедоступные диагностические методы, такие как ультразвуковое исследование, могут быть недостаточно информативными ввиду экранирования газами желудка или ободочной кишки. Кроме того, качество диагностики заболеваний поджелудочной железы во многом зависит от опыта, квалификации специалиста по ультразвуковой диагностике и гастроэнтеролога, к которому приходит пациент на первичный прием. Трудности в диагностике нарушений функции поджелудочной железы также связаны с неспецифиче-



Актуальное интервью

скими клиническими проявлениями. В клинической практике встречаются случаи гипердиагностики или, наоборот, позднего выявления заболеваний поджелудочной железы. На ранних стадиях хронического панкреатита патологические изменения в поджелудочной железе сложно визуализировать даже при использовании таких высокоточных методов, как компьютерная или магнитно-резонансная томография. Данные исследований и клинической практики свидетельствуют о том, что только комплексное обследование может представить достоверную картину развивающихся изменений в поджелудочной железе.

– Какие меры предпринимаются по усовершенствованию подходов к диагностике и лечению заболеваний поджелудочной железы в нашей стране?

– В отечественную клиническую практику активно внедряются новые алгоритмы диагностики и лечения хронического панкреатита. Результаты ряда исследований последних лет позволили значительно расширить представления о хроническом панкреатите, определить потенциальные цели лечения, оптимизировать терапию и разработать инновационные методы диагностики нарушений функции поджелудочной железы.

В 2020 г. группа российских ученых была удостоена премии Правительства РФ в области науки и техники за разработку и внедрение в клиническую практику инновационных алгоритмов диагностики и лечения хронического панкреатита в целях улучшения здоровья населения. Это событие стало результатом работы мультидисциплинарного коллектива двух организаций: МКНЦ им. А.С. Логинова и Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова (в настоящее время – Россий-

ский университет медицины), в состав которого вошли опытные хирурги, гастроэнтерологи, специалисты инструментальной диагностики. Группу ученых возглавили директор МКНЦ им. А.С. Логинова, на тот момент член-корреспондент, а сегодня академик РАН, д.м.н. профессор Игорь Евгеньевич Хатьков и академик РАН, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова д.м.н., проф. Игорь Вениаминович Маев.

В течение последних лет учеными проведена масштабная научно-исследовательская и практическая работа. В клиническую практику внедрены методы визуальной диагностики экспертного уровня, в частности эндоскопическая ультрасонография. Модифицирована методика и накоплен огромный опыт выполнения резекционных и дренирующих операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите полностью лапароскопическим способом, что значительно сокращает время реабилитации пациентов. Изучены изменения нутритивного статуса, которые позволили выработать концепцию активной тактики наблюдения, своевременной коррекции терапии, определения показаний к хирургическому лечению и последующей заместительной терапии при хроническом панкреатите. Проведен фармакоэкономический анализ, направленный на выявление наиболее оптимальных лекарственных форм панкреатина для лечения пациентов с хроническим панкреатитом.

Значительный вклад в улучшение процесса диагностики и лечения хронического панкреатита внесла разработка алгоритма ведения пациента с хроническим панкреатитом. Алгоритм позволяет практикующему специалисту максимально эффективно подходить к вопросу постанов-

ки диагноза, своевременно назначать лечение в необходимом объеме и способствовать профилактике развития осложнений хронического панкреатита.

В помощь практическим врачам создан и опубликован ряд консенсусных документов и клинических рекомендаций, которые предварительно были подробно обсуждены и одобрены профессиональными научно-практическими сообществами. Безусловно, проведенная за последние годы масштабная работа отечественных ученых помогла существенно улучшить подходы к диагностике и лечению хронического панкреатита.

– Расскажите, пожалуйста, о ранней диагностике нарушений функции поджелудочной железы. Какие перспективные направления диагностики заболеваний поджелудочной железы на ранних стадиях реализуются в нашей стране?

– Очевидно, что раннее выявление и профилактика заболеваний, а также их осложнений – приоритетная задача системы здравоохранения. Во всем мире вопросам ранней диагностики заболеваний уделяется особое внимание. Выявление патологии поджелудочной железы на раннем этапе позволяет провести своевременное лечение и избежать серьезных осложнений. Поджелудочная железа является органом внешней и внутренней секреции и наряду с пищеварительными ферментами вырабатывает гормоны, в том числе инсулин. Дисфункция поджелудочной железы может привести к нарушению выработки инсулина и, соответственно, развитию сахарного диабета. Ранняя диагностика нарушений работы поджелудочной железы позволяет не только своевременно назначить адекватное лечение, но и принять профилактические меры для замедления патологического процесса. Так, на ранних стадиях хронического панкреатита для



Актуальное интервью

снижения вероятности прогрессирования заболевания необходима коррекция факторов риска, в том числе полный отказ от употребления алкоголя и табакокурения. Значение для сохранения функции поджелудочной железы имеет своевременное лечение желчнокаменной болезни.

В настоящее время особое внимание российских ученые уделяют совершенствованию методов диагностической визуализации, которые позволят выявлять панкреатит на самых ранних стадиях. В частности, завершается работа над научным проектом по оценке степени фиброза поджелудочной железы как фактора прогноза течения ее патологии. На реализацию научно-практического проекта в сфере медицины предоставлен грант автономной некоммерческой организацией «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении». Работу над проектом осуществляет команда врачей различных специальностей: хирурги, гастроэнтерологи, рентгенологи, патоморфологи и специалисты лабораторной диагностики.

В исследовании приняли участие пациенты, которым выполнялась резекция поджелудочной железы по поводу рака или хронического панкреатита. Всем больным была проведена компьютерная томография по стандартному протоколу. Фиксировались значения рентгеновской плотности в участках ткани поджелудочной железы, которые планировалось удалить в ходе хирургической операции. Компьютерные изображения подвергались последующему анализу, а именно рассчитывались коэффициенты контрастирования в ткани поджелудочной железы в различные фазы исследования. Полученные результаты сопоставлялись с данными патоморфологического исследования и сывороточными маркерами фиброза. Установле-

но, что нормализованный коэффициент контрастирования в венозной фазе и коэффициент соотношения контрастирования повышаются, а рентгеновская плотность поджелудочной железы при бесконтрастной компьютерной томографии и уровень фибронектина в сыворотке крови снижаются по мере развития и прогрессирования фиброза. Эти параметры могут быть использованы для неинвазивной диагностики фиброза поджелудочной железы и выявления дополнительных признаков ранней стадии хронического панкреатита.

– Какие направления научных исследований в панкреатологии вы считаете наиболее интересными?

– Перспективным направлением научных исследований является изучение кистозных образований поджелудочной железы. Различают несколько типов кистозных образований в поджелудочной железе, среди которых наиболее часто встречаются постнекротические кисты (псевдокисты), формирующиеся в результате перенесенного острого панкреатита. Однако целая группа кистозных образований поджелудочной железы не имеет отношения к панкреатиту, их происхождение недостаточно изучено. Встречаются кистозные неоплазии, характеризующиеся средним и высоким потенциалом злокачественности. Именно поэтому важной задачей врача на этапе диагностики является определение характера кистозного образования в поджелудочной железе. Сложность состоит в том, что патологические изменения на начальном этапе клинически не проявляются и часто подобные кисты становятся случайной находкой в ходе диагностических исследований. Клинические симптомы в таких случаях возникают, как правило, при увеличении размеров кистозного образова-

ния и/или сдавлении прилежащих органов.

На мой взгляд, актуальной задачей является выработка тактики ведения пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы, разработка маршрутизации пациентов, а главное – внедрение разработанных алгоритмов в широкую клиническую практику. Таким образом, решение проблемы диагностики кистозных образований пересекается с необходимостью улучшения подходов к ранней диагностике хронического панкреатита и также рака поджелудочной железы.

К сожалению, вопросы ранней диагностики рака поджелудочной железы пока остаются нерешенными. Постановка такого диагноза по-прежнему сложна и требует тщательного подхода с применением всех возможных методик, тогда как специфических методов скрининга рака поджелудочной железы на сегодняшний день не существует. В связи с этим актуальными направлениями исследований остаются поиск и внедрение в клиническую практику биомаркеров, способных помочь в выявлении рака поджелудочной железы на ранней стадии.

– Елена Анатольевна, вы много лет посвятили научно-практической деятельности. Каким принципам, на ваш взгляд, должен руководствоваться в своей работе современный врач?

– По моему глубокому убеждению, в основе врачевания лежит подход к каждому пациенту как к уникальной личности. Современная медицинская помощь должна быть ориентированной на человека в целом, а не суживаться до формальных рамок какой-либо «изолированной» патологии. Прежде всего каждый врач должен знать, что от его квалификации, профессионализма и ответственности зависит судьба пациента. ●