



Резолюция совета экспертов 9 декабря 2013 года

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

**Председатель** Ивашкин В. Т. (д. м. н., проф, академик РАН, Москва).

**Эксперты:** Абдулхаков Р. А. (д. м. н., проф, Казань), Алексеева О. П. (д. м. н., проф, Нижний Новгород), Алексеенко С. А. (д. м. н., проф, Хабаровск), Драпкина О. М. (д. м. н., проф, Москва), Зайцев С. В. (главный гастроэнтеролог Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области, заведующий областным гастроэнтерологическим центром, Ярославль), Корочанская Н. В. (д. м. н., проф, Краснодар), Курилович С. А. (д. м. н., проф, Новосибирск), Лапина Т. Л. (к. м. н., доцент, Москва), Осипенко М. Ф. (д. м. н., проф, Новосибирск), Сайфутдинов Р. Г. (д. м. н., проф, Казань), Сарсенбаева А. С. (д. м. н., проф, Челябинск), Трухманов А. С. (д. м. н., проф, Москва), Шептулин А. А. (д. м. н., проф, Москва).

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 новых случаев рака желудка составило 38318 человек, заболеваемость – 26,8 на 100000 населения. Кумулятивный риск умереть от злокачественных новообразований желудка у мужчин определен как 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. В качестве наиболее эффективной с точки зрения современной гастроэнтерологии меры профилактики рака желудка следует расценивать эрадикационную терапию инфекции *Helicobacter pylori* при хроническом гастрите, в том числе при атрофическом гастрите.

1. Высокая частота инфекции *H. pylori* в России определяет высокую частоту хронического гастрита и ассоциированных с *H. pylori* заболеваний, в том числе рака желудка.
2. Хронический гастрит, вызванный инфекцией *H. pylori* в том числе атрофический гастрит, служит показанием для проведения эрадикационной терапии *H. pylori* [2].
3. Длительный прием ингибиторов протонной помпы, например, при эрозивной форме ГЭРБ, должен рассматриваться как показание для 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 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: ингибитор протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе 2 р/сут., кларитромицин 500 мг 2 р/сут. и амоксициллин 1000 мг 2 р/сут. или метронидазол 500 мг 2 р/сут в течение 7–14 дней;
  - б) квадротерапия с препаратом висмута: висмут трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут., ИПП в стандартной дозе 2 р/сут., тетрациклин 500 мг 4 р/сут., метронидазол 500 мг 3 р/сут. в течение 10 дней [2].
6. В качестве меры, позволяющей увеличить эффективность стандартной тройной терапии, рассматривается добавление к данной схеме висмута трикалия дицитрата (ИПП в стандартной дозе 2 р/сут, кларитромицин 500 мг 2 р/сут., амоксициллин 1000 мг 2 р/сут., висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сут или 120 мг 4 р/сут).
  7. Больные с атрофическим гастритом даже после успешной эрадикационной терапии *H. pylori* остаются в группе риска рака желудка и должны проходить периодические осмотры с проведением эзофагогастродуоденоскопии.
  8. При направлении пациента с атрофическим гастритом на эзофагогастродуоденоскопию терапевт или гастроэнтеролог должны отдавать предпочтение эндоскопическому отделению, где возможно проведение современных методов эндоскопии, а также адекватный забор биопсийного материала и дальнейшая морфологическая оценка.
  9. При хроническом гастрите, в том числе атрофическом, после курса эрадикационной терапии *H. pylori* целесообразно продолжение терапии висмута трикалия дицитратом до 4-х – 8-ми 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 у больных раком желудка (эндоскопическая резекция, частичная гастрэктомия).

1. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. (ред.) Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность). // М.: ФБУ «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. гастроэнтер., гепатол., колопроктол. 2012, № 1, С. 87–89.