

Гольбрайх Вячеслав Аркадьевич, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 400131, пл. Павших борцов, д. 1, тел.: (8442) 58-29-17, e-mail: post@volgmed.ru.

Маскин Сергей Сергеевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 400131, пл. Павших борцов, д. 1, тел.: (8442) 58-54-51, e-mail: maskins@bk.ru.

Матюхин Виктор Викторович, ассистент кафедры госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 400131, пл. Павших борцов, д. 1, тел.: (8442) 58-29-18, e-mail: victor.matyukhin@gmail.com.

Климович Игорь Николаевич, доктор медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 400131, пл. Павших борцов, д. 1, тел.: (8442) 58-29-18, e-mail: klimovichigor1122@yandex.ru.

Карсанов Алан Мухарбекович, кандидат медицинских наук, соискатель кафедры госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 400131, пл. Павших борцов, д. 1, тел.: (8442) 58-29-18, e-mail: post@volgmed.ru.

УДК 618.17-008.8

© Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварев, А.Р. Абжалилова, О.Г. Тишкова, Ю.Ю. Уханова, 2013

Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварев, А.Р. Абжалилова, О.Г. Тишкова, Ю.Ю. Уханова

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России

Менструальные выделения – это циклически секретируемая в полость матки, а затем выделяющаяся из нее сложная по структуре и биохимическим показателям биологическая жидкость. Лабораторное исследование менструальных выделений – пока малоизученный, неинвазивный, перспективный способ ранней диагностики заболеваний женских репродуктивных органов. Исследование менструальных выделений позволяет получить интегральную оценку как локального, так и системного гомеостаза при физиологических и патологических процессах гениталий. В статье сделана попытка обобщить представленные в современной литературе данные, относящиеся к рассматриваемой тематике.

Ключевые слова: менструальные выделения, эндометриальный секрет, морфология биологической жидкости, альфа₂-микроглобулин фертильности, карбонильные группы белков, оксидативный стресс, апоптоз, патология репродуктивной системы.

L.V. Dikareva, E.G. Shvarev, A.R. Abzhalilova, O.G. Tishkova, Yu.Yu. Ukhanova

THE DIAGNOSTIC VALUE OF MENSTRUAL DISCHARGE IN THE GYNECOLOGICAL DISEASES

Menstrual discharge is complex in structure and biochemical indicators of biological fluid which is cyclically secreted into the uterine cavity, and then released from its. Laboratory study of menstrual discharge is poorly studied, non-invasive, promising method of early diagnosis of diseases of female reproductive organs. Investigation of menstrual discharge gives an integrated assessment of both local and systemic homeostasis at physiological and pathological processes of the genitals. In this article there is an attempt to summarize the data presented in current literature which relate to the above problem.

Key words: menstrual discharge, endometrial secret, morphology of biological fluid, alpha₂-microglobulin of fertility, carbonyl groups of proteins, oxidative stress, apoptosis, reproductive system.

Менструация (М) – физиологически обусловленное, циклически повторяющееся кровоизлияние из слизистой оболочки полости матки, наблюдаемое у женщин и самок некоторых млекопитающих животных с момента наступления половой зрелости и до конца репродуктивного периода жизни.

Менструации чаще всего начинаются в возрасте 12–14 лет (menarche), устанавливаются сразу или через несколько месяцев, продолжаются 3–5 (реже до 7) дней. Появление первых М в 15 лет и

позже, их болезненность, а также длительный (свыше 5–6 месяцев) срок до установления регулярного менструального цикла (МЦ) позволяет думать о неполноценности системы ее регуляции, что часто наблюдается при инфантилизме и гипоплазии половых органов.

Величина кровопотери во время М обычно не превышает 70,0–80,0 мл. Изменение количества теряемой крови, а также периодичности менструаций могут свидетельствовать о наличии некоторых гинекологических заболеваний.

Нормальный МЦ характеризуется последовательной сменой в эндометрии четырех фаз: десквамации, которая и проявляется менструальным кровотечением, регенерации, пролиферации и секреции.

В первые дни фазы десквамации в составе менструальных выделений (МВ) преобладает слизь, богатая эпителиальными клетками с незначительной примесью крови, содержание которой постепенно увеличивается. К моменту окончания М в выделениях вновь преобладает эндометриальная слизь.

Характерным морфологическим признаком фазы десквамации является наличие в составе МВ спавшихся, пронизанных кровоизлияниями эндометриальных желез звездчатой формы и клубков спиральных артерий. В первый день М в компактном слое среди участков кровоизлияний могут быть еще различимы отдельные группы преддецидуальных клеток и мельчайшие частицы эндометрия, сохраняющие жизнеспособность и способность к имплантации.

Накапливающиеся, а затем вытекающие из полости матки МВ, смешанные с эндометриальным секретом (ЭС), имеющим щелочную среду, как правило, не подвергаются свертыванию и приобретают характерную темную окраску.

Значительный интерес к исследованию МВ отмечен с середины 50-х гг. XX в., когда впервые Н. Kirchoff (1955) опубликовал данные о возможности высевания туберкулезной палочки из указанной биологической жидкости (БЖ) при подозрении на туберкулез гениталий [19]. После усовершенствования этой методики Н. Kirchoff и Н. Kraubig (1964) добились положительных диагностических результатов практически в 97 % наблюдений [20].

Большой интерес для диагностики патологии репродуктивной функции женщин представляют биохимические маркеры МВ. Наиболее изучен среди них α_2 -микроглобулин фертильности (АМГФ), являющийся димерным гликопротеином с молекулярной массой от 42 до 56 кДа. Используя метод иммунодиффузного анализа, Д.Д. Петрунин и соавторами (1976), обнаружили АМГФ в экстрактах тканей секреторного эндометрия и в МВ при овуляторных МЦ. Установлено, что АМГФ синтезируется в эпителии желез эндометрия в лютеиновую фазу, а также в децидуальной ткани плаценты в первом триместре беременности [8].

По уровню содержания АМГФ в МВ Л.В. Посисеева (1991) предложила оценивать функциональное состояние эндометрия. Так, количество АМГФ в МВ женщин с двухфазным МЦ в сотни раз выше, чем в сыворотке периферической крови (СПК) и в норме колеблется от 16 000 до 70 000 нг/мл [10].

Определение уровня АМГФ в МВ может быть одним из способов диагностики особой формы женского бесплодия – привычного невынашивания в ранние сроки от 2 до 4 недель беременности. Эта форма бесплодия, выявление которой требует специальных методов исследования, к сожалению, далеко не всегда объективно оценивается в повседневной клинической практике. В случаях ранних, с субклиническим вариантом течения самопроизвольных абортов концентрация АМГФ в МВ в 50–100 раз превышает концентрацию этого белка в нормальных МВ, достигая 80 000 нг/мл и более [10].

Проведенный Л.В. Посисеевой (1991) анализ связей между особенностями МЦ, функциональными изменениями эндометрия и содержания АМГФ в МВ послужил основой для диагностики неполноценной лютеиновой фазы. Установлено, что уровень АМГФ в МВ в таких случаях снижается и находится в пределах 2 000–12 000 нг/мл [10].

Оценка содержания АМГФ в МВ женщин с нарушенным гормональным статусом, имевших в анамнезе перинатальные потери, показала, что средний уровень АМГФ был в 3 раза ниже, чем в контрольной группе. При проведении корреляционного анализа отмечена прямая связь между количеством АМГФ в МВ, уровнем прогестерона во вторую фазу цикла, лютеинизирующего гормона в овуляторном периоде и обратная зависимость между содержанием АМГФ и уровнем пролактина [10].

Е.Г. Шваревым (1993) показано, что в МВ фертильных женщин, как правило, определялся АМГФ, в отличие от образцов эндометриальных смывов у женщин с гиперплазией эндометрия (ГПЭ) и раком эндометрия [15]. М.А. Володин и соавторы (1991) впервые отметили, что ресинтез АМГФ в ЭС больных раком эндометрия второго патогенетического варианта [2], находящихся в постменопаузе, является ранним маркером чувствительности аденокарциномы к проводимой гормонотерапии [3].

Д.Д. Петруниным (1982) впервые был описан растворимый антиген лейкоцитов-2 (РАЛ-2) [9]. В эндометрии, МВ и слизи цервикального канала РАЛ-2 обнаруживался в небольшом количестве,

причем его показатели не были связаны с фазой МЦ и особенностями функции яичников. Важным свойством РАЛ-2 является его высокая устойчивость к ферментативным воздействиям. Имея высокую резистентность к действию протеолитических ферментов, РАЛ-2 может выполнять свою биологическую функцию в очагах деструкции и воспаления, где концентрируются лизосомальные протеолитические энзимы из лейкоцитов.

Л.В. Посисеева и соавторы (1995) предложили способ диагностики хронического эндометрита на основе определения уровня РАЛ-2 в МВ. Так, содержание РАЛ-2 в МВ равное или превышающее 640 мкг/мл указывало на наличие у обследуемых хронического метроэндометрита [11].

В ряде публикаций приводятся данные об исследовании фибринолитических белков в составе МВ. Так, S.A. Cederholm-Williams и соавторы (1984) изучали содержание фибринолитических белков в МВ и СПК у женщин с нормальной менструальной кровопотерей (до 80 мл) в 1–2 день фазы десквамации. При этом активный плазмин, который замедляет агрегацию тромбоцитов и формирование волокон фибрина, отсутствовал в СПК, тогда как в МВ его концентрация достигала 1,8 ммоль/л. Авторы указывали на отсутствие в МВ α_2 -антиплазмина, который препятствует связыванию плазминогена с фибрином и оказывает антиплазминозное действие; было показано, что в СПК его концентрация не превышала 1 мкмоль (табл. 1) [18].

Таблица 1

Активность фибринолитических белков в менструальных выделениях и сыворотке периферической крови [18]

Показатель	Менструальные выделения	Сыворотка периферической крови
Активный плазмин (ммоль/л)	0,83 ± 0,97	0
Активатор плазминогена (Ед/мл)	1,04	0,15
α_2 -антиплазмин (%)	0	100 ± 20 %

Концентрация α_2 -макроглобулина, участвующего в физиологической регуляции свертывающей системы крови, лизисе сгустка и комплемента, практически не отличалась в МВ и СПК (3,49 и 3,68 ммоль/л, соответственно) [18].

Кроме изучения фибринолитической активности белков, исследователи сравнивали концентрации альбумина, IgG и α_2 -антиплазмина, показатели которых оказались близкими как в МВ, так и в СПК (табл. 2) [18].

Таблица 2

Концентрация белков в менструальных выделениях и сыворотке периферической крови [18]

Показатель	Менструальные выделения		Сыворотка периферической крови	
	г/л	ммоль/л	г/л	ммоль/л
IgG	12,5 ± 2,3	84,5	12,0 ± 2,3	81,1
Альбумин	43,6 ± 11,8	641,0	44,0 ± 8,8	647
Фибриноген	3,71 ± 2,3	10,9	2,25 ± 0,54	6,62
Плазминоген	0,17 ± 0,05	1,88	0,15 ± 0,03	1,67
α_2 -антиплазмин	0,56 ± 0,12	0,81	0,70 ± 0,14	1,0
α_2 -макроглобулин	2,51 ± 0,37	3,49	2,65 ± 0,61	3,68

В немногочисленных работах, посвященных изучению перекисного окисления липидов (ПОЛ) и окислительной модификации белков при акушерской и гинекологической патологии, объектом исследования чаще всего была СПК. Исследований, касающихся содержания маркеров оксидантного стресса (ОС) в МВ – в БЖ, оттекающей непосредственно от матки, в научной литературе практически нет.

В случае развития ОС не бывает изолированного повреждения белков, липидов, нуклеиновых кислот, так как в биомембранах клеток между ними существует тесное структурно-функциональное взаимодействие [13]. При этом в процесс вовлекается и антиоксидантная система организма, регулирующая ПОЛ и окислительную модификацию белков. Увеличение содержания активных форм кислорода в клетке сопровождается относительным снижением уровня основных ферментных и неферментных компонентов антиоксидантной защиты [1, 7, 13].

В патогенезе как доброкачественных, так и злокачественных новообразований значительное место отводится процессам ПОЛ. Учитывая нестабильность первичных продуктов ПОЛ, объектом исследования чаще являлись вторичные или конечные продукты, в том числе малоновый диальдегид, оказывающий наибольшее повреждающее действие на клетку.

Исследования Л.В. Дикаревой (2009) показали, что патогенетически важным при формировании ГПЭ является состояние ОС, характеризующегося истощением потенциала антиоксидантной за-

щиты, в том числе уровня каталазы и показателя общей антиокислительной активности. У больных миомой матки (ММ) с нормальным строением эндометрия (при медленном темпе роста) уровень каталазы в МВ приближался к аналогичному показателю группы здоровых женщин. В группе больных ММ в сочетании с ГПЭ показатель каталазы в МВ имел отчетливую тенденцию к снижению – $0,7 \pm 0,03$ у.е. ($p < 0,001$) [4].

У больных ММ с нормальным строением эндометрия при сочетании с доброкачественными опухолями яичников величина малонового диальдегида в МВ увеличивалась до $1,7 \pm 0,04$ нмоль, а у больных ММ в сочетании с ГПЭ этот показатель достигал $2,8 \pm 0,08$ нмоль.

Увеличивалось и содержание карбонильных групп белка в МВ больных ММ при сочетании с ГПЭ: от 4,3 до 8,2 нмоль/мг ($5,7 \pm 0,63$ нмоль/мг), что оказалось выше по сравнению с аналогичным показателем у здоровых женщин [4].

Принципиально новым научным направлением в диагностике является учение В.Н. Шабалина и С.Н. Шатохиной о функциональной морфологии БЖ, оценке процессов ее самоорганизации (метод клиновидной дегидратации, Литос-система). В БЖ происходят высокодинамичные изменения молекулярного состава, а также характера взаимодействия различных ее компонентов при физиологических и патологических состояниях, что является основой для диагностики различных заболеваний на самых ранних этапах развития [14].

Для выявления ГПЭ Л.В. Дикаревой и соавторами (2006, 2008) впервые было предложено проведение структурного анализа МВ и ЭС, описано три морфотипа фаций: радиальный, смешанный и трехлучевой. Показано, что патогномичным маркером формирования патологии эндометрия является уменьшение в исследуемом материале площади радиальных при одновременном нарастании площади трехлучевых трещин [5, 6].

Е.Г. Шварев и соавторы (2008, 2011) в сравнительном аспекте изучал при микроскопии структурные особенности фаций МВ больных воспалительными заболеваниями органов малого таза и опухолями яичников. Установлено, что в 38 % случаях у женщин с воспалительными заболеваниями отмечено появление «языковых» структур в периферической зоне фации, в 62 % наблюдений – сочетание «языковых» структур в периферической зоне и трехлучевых трещин в центральной части фации [16]. Увеличение площади трехлучевых трещин указывает на вероятность формирования у пациенток опухолей яичников, что требует проведения углубленного обследования [17].

С.Ю. Сотникова и соавторы (2001) предложила способ диагностики внутреннего эндометриоза путем определения количества CD95+ лимфоцитов в МВ. При этом в МВ женщин определяют относительное количество CD95+ лимфоцитов, а при значениях этого показателя равных 15 % и менее с точностью до 80 % выявлялся внутренний эндометриоз [12].

На сегодняшний день МВ – малоизученная БЖ, несущая большой объем информации о состоянии репродуктивной функции женщин. Использование МВ в диагностике гинекологической патологии позволяет в условиях женской консультации, на малых объемах БЖ, с минимальными материальными затратами и в короткие сроки получить объективную информацию о состоянии женской репродуктивной системы. Неинвазивность и атравматичность способа забора материала, простота его обработки и хранения открывает широкие возможности для проведения скрининговых исследований и диспансеризации пациенток. Умение расшифровывать получаемую информацию – одна из задач современной практической гинекологии.

Список литературы

1. Альдебель, М. М. Окислительные повреждения белков при экспериментальном гломеруло-нефрите / М. М. Альдебель, Н. В. Кириллова // Нефрология. – 2002. – Т. 6, № 2. – С. 73–76.
2. Бохман, Я. В. Комплексное лечение при гиперпластических процессах и раке эндометрия / Я. В. Бохман, В. А. Прянишников, О. Ф. Чепик. – М.: Медицина, 1979. – 272 с.
3. Володин, М. А. Авторское свидетельство 1674407 СССР, А 61 В 5/00 Способ определения гормоночувствительности рака эндометрия / М. А. Володин, Я. В. Бохман, Е.Г. Шварев, Л. А. Костина, Н. Р. Сафронникова, Л. А. Щербакова, С. Я. Максимов. – № 4456465; заявл. 06.07.1988; опубл. 01.05.1991.
4. Дикарева, Л. В. Гиперпластические процессы матки: клинко-диагностическое значение маркеров биологических жидкостей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л. В. Дикарева. – Волгоград, 2009. – 33 с.
5. Дикарева, Л. В. Пат. 2290639 Рос. Федерация, МПК G 01 №33/48. Способ оценки состояния эндометрия при новообразованиях женских гениталий / Л. В. Дикарева, Е. Г. Шварев, А. К. Аюпова,

Д. Л. Оводенко : заявитель и патентообладатель Л. В. Дикарева. – № 2005124067/14; заявл. 28.07.2005; опубл. 27.12.2006. Бюл. № 36. – С. 367.

6. Дикарева, Л. В. Пат. 2334987 Рос. Федерация, МПК G 01 N 33/68. Способ диагностики патологии эндометрия у больных миомой матки / Л. В. Дикарева, Е. Г. Шварев, Д. Л. Оводенко, И. А. Шрамкова, А. А. Арутюнян; заявитель и патентообладатель Л. В. Дикарева. – № 2007113729/15; заявл. 12.04.2007; опубл. 27.09.2008. Бюл. № 27.

7. Дубинина, Е. Е. Продукты метаболизма кислорода в функциональной активности клеток. Жизнь, смерть, созидание и разрушение. Физиологические и клиничко-биохимические аспекты / Е. Е. Дубинина. – СПб. : Медицинская пресса, 2006. – 394 с.

8. Петрунин, Д. Д. Иммунохимическая идентификация органоспецифического альфа2-глобулина плаценты человека и его содержание в амниотической жидкости / Д. Д. Петрунин, И. М. Грязнова, Ю. А. Петрунина, Ю. С. Татаринцов // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1976. – № 7. – С. 803–804.

9. Петрунин, Д. Д. Иммунохимическая идентификация термостабильного альфа-гликопротеина в сыворотках крови при некоторых заболеваниях с патологией иммунной системы / Д. Д. Петрунин, Ю. М. Лопухин, М. Н. Молоденков, Г. А. Олефиренко // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1982. – № 4. – С. 66–68.

10. Посисеева, Л. В. «Новые» плацентарные белки в оценке нормальной и нарушенной репродукции человека : дис. ... д-ра мед. наук / Л. В. Посисеева. – Иваново, 1991. – 326 с.

11. Посисеева, Л. В. Пат. 2108750 Рос. Федерация, МПК⁶ А 61 В 10/00, G 01 N 33/53. Способ диагностики хронического эндометрита / Л. В. Посисеева, Е. Л. Бойко, Н. Ю. Борзова, А. И. Малышкина, Н. В. Шехлова; заявитель и патентообладатель Ивановский НИИ материнства и детства МЗ и МП РФ. – № 95116328/14; заявл. 25.09.1995; опубл. 20.04.1998.

12. Сотникова, Н. Ю. Пат. 2173466 Рос. Федерация. МПК⁷ G 01 N 33/53. Способ диагностики внутреннего эндометриоза / Н. Ю. Сотникова, Т. А. Соловьева, И. К. Богатова, Ю. С. Анциферова, Е. А. Букина : заявитель и патентообладатель Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова. – № 99110465/14; заявл.: 17.05.1999; опубл. 10.09.2001.

13. Фролова, М. Ю. Возможности метода определения карбонильных групп белков сыворотки крови для оценки состояния «окислительного стресса» в клинической практике : дис. ... канд. биол. наук / М. Ю. Фролова. – СПб., 2003. – 148 с.

14. Шабалин, В. Н. Морфология биологических жидкостей человека / В. Н. Шабалин, С. Н. Шатохина. – М. : Хризостом, 2001. – 304 с.

15. Шварев, Е. Г. Опухолевые маркеры в диагностике и оценке эффективности гормонотерапии рака эндометрия : дис. ... д-ра мед. наук / Е. Г. Шварев. – СПб., 1993. – 267 с.

16. Шварев, Е. Г. Метод клиновидной дегидратации биологических жидкостей – новый способ диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза / Е. Г. Шварев, Л. В. Дикарева, Ю. С. Засуха, А. К. Аюпова // Актуальные вопросы современной медицины : труды АГМА (посвящено 90-летию АГМА). – 2008. – Т. 37, № 61. – С. 108–109.

17. Шварев, Е. Г. Морфоструктурные и биохимические особенности биологических жидкостей больных опухолями яичников / Е. Г. Шварев, Д. Л. Оводенко, Л. В. Дикарева, О. Е. Зайцева // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 155–159.

18. Cederholm-Williams, S. A. Consumption of fibrinolytic proteins in menstrual fluid from women with normal menstrual blood loss / S. A. Cederholm-Williams, C. P. Rees Margaret, A. C. Turnbull // J. Clin. Pathol. – 1984, – № 37. – P. 879–881.

19. Kirchoff, H. Die Genitaltuberkulose der Frau (Pathogenese, Klinik, Diagnose und Therapie) / H. Kirchoff // Arch. Gynak. – 1955. – № 186. – P. 278.

20. Kirchoff, H. Genitaltuberkulose der Frau einschliesslich Peritoneal tuberculose / H. Kirchoff, H. Kraubig // Handbuch der Tuberkulose. – 1964. – S. 403.

Дикарева Людмила Васильевна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-927-661-58-01, e-mail: dikarevalv@mail.ru.

Шварев Евгений Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-927-281-99-13, e-mail: evguenii-shvarev@rambler.ru.

Абжалилова Аделя Ренатовна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-903-378-33-22, e-mail: abzhalilova@mail.ru.

Тишкова Ольга Геннадьевна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-989-683-95-85, e-mail: tishkov2003@mail.ru.

Уханова Юлия Юрьевна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-903-347-50-80, e-mail: yulli20@mail.ru.

УДК 616.329-07-08

© А.В. Зурнаджьянц, 2013

А.В. Зурнаджьянц

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТА

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России

Рассмотрены данные по проблеме осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в частности, пищевода Баррета. Приведены современные представления эпидемиологии, патогенеза и этиологии данного заболевания, а также принципы лечения в зависимости от стадии заболевания. Анализ литературных данных показал, что проблема пищевода Баррета до настоящего времени полностью не решена, поэтому поиск новых методов ранней диагностики и своевременного лечения является актуальным.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Баррета.*

A.V. Zurnadzhlyants

THE OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH BARRETT'S ESOPHAGUS

The were studied literature data on the problem of complications of gastroesophageal reflux disease, particular Barrett's esophagus were studied. The modern representations of epidemiology, pathogenesis and etiology of the disease, the principles of treatment depending on the stage of the disease are given. The analysis of literature data showed that the problem of Barrett's esophagus is not fully solved and so the search for new methods of early diagnostics and proper treatment is actual.

Key words: *gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus.*

В связи с сохраняющимся ростом числа больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) интерес к изучению этой патологии существует до настоящего времени. Клинические симптомы ГЭРБ значительно ухудшают качество жизни пациентов и приводят к развитию рефлюкс-эзофагита, в исходе которого возможно формирование стеноза пищевода, пищевода Баррета и аденокарциномы [6]. Частота выявления ГЭРБ и ее осложнений прогрессивно увеличивается с возрастом и составляет в среднем 20 % случаев в популяции. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что симптомы ГЭРБ имеют 60 % больных старше 65 лет. Аналогичная закономерность наблюдается и в отношении осложнений ГЭРБ, на что указывает увеличение числа хирургических вмешательств у пожилых больных по поводу неэффективности проводимой медикаментозной терапии и прогрессирования заболевания [10].

Особую значимость ГЭРБ приобрела в последние годы, когда на фоне роста заболеваемости аденокарциномой пищевода (6–8 новых случаев на 100 000 населения в год) пристальное внимание было обращено на пищевод Баррета (ПБ) – предраковое состояние, развивающееся у больных ГЭРБ. ПБ характеризуется появлением цилиндрического метаплазированного эпителия в слизистой оболочке дистального отдела пищевода, который повышает риск развития аденокарциномы пищевода.

Необходимость своевременного выявления ПБ служит достаточным обоснованием проведения эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Распространенность ПБ среди лиц с эзофагитом приближается к 8 % с колебаниями в диапазоне от 5 до 30 %. Накаплива-