

# Эндоскопическая диагностика *Helicobacter pylori* при опухолях яичников

А. Р. САВИНОВА, В. Ю. МУРАВЬЕВ

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Неудовлетворительные результаты диагностики злокачественных новообразований на ранних стадиях диктуют необходимость формирования групп риска среди населения и определяют важность изучения предраковой патологии и этапы развития данного заболевания.

Многочисленные исследования подтвердили представления о том, что «опухоль не возникает без предопухолевых изменений, и каждый рак имеет свой предрак». Цепь последовательных изменений в ткани желудка в процессе blastomagenesis представлена следующим образом: хроническое воспаление, гиперплазия — атрофия — кишечная метаплазия — дисплазия I-III ст. — рак («каскад Соггеа»). Прохождение всех этапов формирования злокачественных опухолей не является обязательным, но, как правило, рак желудка возникает только в патологически измененной слизистой оболочке. Именно поэтому основную роль в диагностике предраковых изменений играет квалифицированное эндоскопическое обследование желудка, с тщательной визуализацией всех патологически измененных очагов и получением материала для морфологического исследования.

Все морфологические изменения, происходящие в тканях патологического участка, являются результатом длительно текущего хронического воспаления — хронического гастрита, который всегда рассматривается как обязательное звено в цепи процессов, ведущих к раку желудка. Основной этиологической причиной развития хронического гастрита более чем в 90% случаев является инфекция *Helicobacter pylori*, открытая в 1983 году австралийскими учеными Marshall и Warren. *Helicobacter pylori* — грамотрицательная микроаэрофильная бактерия, продуцирующая ряд ферментов. Обнаруживается в глубине желудочных ямок антрального отдела желудка под защитным слоем слизи.

В структуре злокачественных новообразований рак желудка занимает ведущее место, уступая лишь раку легкого. В последние десятилетия в мире наметилась тенденция к снижению заболеваемости раком желудка, что в большей степени обусловлено повсеместным внедрением эндоскопической диагностики. Несмотря на это высока доля больных, обратившихся на поздних стадиях течения злокачественного процесса желудка. Больные, страдающие хроническими заболеваниями желудка, долгое время могут не реагировать на небольшие изменения в самочувствии, пока нарушения не станут клинически ярко выраженными. Нарастание симптоматики происходит по мере распространения опухоли, приводящее к нарушению функции и структуры желудка.

Рак желудка преимущественно метастазирует лимфогенным путем, также возможны гематогенный, контактный или имплантационный пути распространения опухоли. Чаще всего встречается комбинация нескольких путей метастазирования. Согласно классификации Японского общества по изучению рака желудка выделяют три группы лимфатических узлов, наиболее часто поражающихся метастазами при раке желудка. Лимфатические узлы первого, второго и третьего порядков. Вначале поражаются регионарные лимфатические узлы, расположенные в связках желудка. Далее лимфатические узлы, сопровождающие крупные артерии, кровоснабжающие желудок. Затем реагируют забрюшинные лимфатические узлы и органы брюшной полости. Гематогенно рак желудка наиболее часто метастазирует в печень. Реже метастазы обнаруживаются в легких, надпочечниках, костях. Для рака желудка характерно и отдаленное метастазирование. Наи-

более патогномичными для рака желудка являются метастазы Вирхова — в левые надключичные лимфатические узлы, Шницлера — метастазы в параректальной клетчатке тазового дна, метастаз Крукенберга — в яичники.

Проблема рака яичников в настоящее время является одной из самых дискуссионных в современной онкологии. Рак яичников занимает ведущее место по распространенности среди злокачественных новообразований женских половых органов и одно из первых мест как причина смерти. На продолжительность жизни при раке яичников влияет ряд факторов: стадия опухолевого процесса, клеточная дифференцировка опухоли, степень радикальности первичной операции. Пятилетняя выживаемость при раке яичников не превышает 20-40%, что в основном обусловлено обращением пациенток в далеко зашедших стадиях заболевания.

Существует множество теорий возникновения злокачественных опухолей яичников: травматическая (множественные овуляции, приводящие к травматизации коркового слоя яичников), гормональная (хроническая гиперэстрогения, обусловленная гиперактивностью гипоталамо-гипофизарной системы), инфекционная (перенесенные в прошлом воспалительные заболевания придатков), наследственная. В отдельную группу следует определять женщин, ранее оперированных по поводу доброкачественных опухолей внутренних органов, с оставлением или резекцией одного или обоих яичников. Ни одна из них не является общепризнанной, так как невозможно объяснить развитие опухолей яичников, разнообразных по морфологическому строению, одним универсальным этиологическим фактором. Все это отражается на результатах лечения больных раком яичников.

В настоящей работе мы пытались установить зависимость наличия *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка при доброкачественной и злокачественной патологии яичников.

Основная цель нашего исследования — улучшение результатов лечения больных с патологией яичников, ассоциированных с хеликобактерной инфекцией желудка.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

- определить зависимость наличия хеликобактерной инфекции в желудке при злокачественной патологии яичников;
- изучить взаимосвязь доброкачественных опухолей яичников и хеликобактерной инфекции желудка;
- выявить влияние химиотерапии при злокачественной патологии яичников на эрадикацию *Helicobacter pylori*;
- изучить морфологические изменения слизистой оболочки желудка после эрадикационной терапии.

Для достижения этой цели были проведены следующие исследования: первичный осмотр гинеколога, УЗИ органов малого таза, фиброэзофагогастроскопия с забором биопсийного материала для последующего иммуноцитохимического исследования наличия *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка.

Фиброэзофагогастроскопию проводили гастроскопом V-70 фирмы «Olympus» под контролем видеомонитора. При выполнении биопсии применяли чашкообразные эндоскопические щипцы округлой формы, позволяющие получить достаточно материала для исследования, при этом не повреждая сосуды подслизистого слоя желудка, в меньшей степени захватывая подслизистый и мышечный слой.



Нами проведено 135 эндоскопических исследований желудка с забором биопсийного материала у пациенток с патологией яичников с целью выявления хеликобактерной инфекции.

**Таблица.**  
Распределение пациенток с патологией яичников по возрасту

Патология	20-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	>70 лет
Рак яичников	3	5	14	17	10	9
Доброкачественные опухоли	8	7	17	27	13	2
Mts Крукенберга	1		1	2		

При доброкачественных кистах яичников из 75 женщин у 42 *Helicobacter pylori* не был обнаружен. Хеликобактерная инфекция различной степени обсеменения была выявлена у 33 пациенток. У 14 женщин был диагностирован гастродуоденит. У 19 обследуемых женщин была выявлена та или иная патология желудка: у 7 пациенток была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в рубцовой стадии, у 4 женщин — язвенная

болезнь желудка в стадии обострения, у одной пациентки был выявлен полип желудка, у 7 женщин — эрозивный гастрит. После проведения эрадикационной терапии по принятой схеме (париет — 20 мг, кларитромицин — 500 мг, амоксициллин — 1000 мг два раза в день на протяжении 7 дней) при контрольном эндоскопическом наблюдении *Helicobacter pylori* не был обнаружен ни в одном случае.

При раках яичников различной стадии заболевания из 58 пациенток у 49 (85%) было выявлено наличие *Helicobacter pylori*, причем высокая степень обсеменения встречалась у 38 больных, средняя степень — у 6 больных.

После проведения 4-6 курсов полихимиотерапии 29 пациенток подверглись повторному эндоскопическому исследованию желудка с целью контрольного иммуноцитохимического анализа хеликобактерной инфекции. У 22 из них *Helicobacter pylori* обнаружен не был. У 7 пациенток снизилась исходная степень обсеменения *Helicobacter pylori*, им была проведена антихеликобактерная терапия по вышеуказанной схеме.

Мы считаем нецелесообразным проведение эрадикационной терапии пациенткам, получавшим химиотерапевтическое лечение по поводу рака яичников.

## Антихеликобактериальные свойства природных сульфидов

М. Ф. САМИГУЛЛИН

Казанская государственная медицинская академия.

Язвенная болезнь занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения. С 1995 г. принято считать доказанным, что *H. pylori*-инфекция — основная причина хронического гастрита и большинства других желудочных заболеваний. Согласно последним данным, указанная бактерия обнаруживается у 95% больных язвой двенадцатиперстной кишки и в 70-80% случаев пептической язвы желудка. Многочисленные исследования свидетельствуют о прямой связи продолжительного инфицирования *H. pylori* и развития рака желудка. Рак желудка является вторым по частоте среди самых различных форм рака во всем мире (Forman D., et al., 1994). На сегодняшний день роль *H. pylori* в развитии язвенной патологии желудка и двенадцатиперстной кишки уже доказана, и его роль в канцерогенезе рака желудка установлена. В 1994 году Международное агентство по изучению рака (IARC) классифицировал инфекцию *H. pylori* как канцероген 1 группы. Существует точка зрения, что *H. pylori*-инфекция — самое массовое инфекционное заболевание человека (Achtman M., Suerbaum S.). Возможность выживания и обитания *H. pylori* в кислой среде желудка (1% соляной кислоты) обусловлена двумя ее характерными особенностями. *H. pylori* содержит фермент уреазу, который отсутствует в организме человека и животных (Eaton K. A., et al. 1991). Уреаза играет определяющую роль в заселении бактериями слизистой желудка человека. Принято считать, что уреазы, расщепляя мочевину, освобождают аммиак, который нейтрализует кислоту и, тем самым, способствует начальной колонизации и выживанию клеток *H. pylori* (Mobley H. L. T., et al. 1995). Другое характерное свойство бактерий *H. pylori* — их высокая подвижность (адгезия). Вышеуказанные особенности принято рассматривать как основные факторы в развитии *H. pylori*-инфекции. Несмотря на значительные успехи медикаментозной терапии, индекс рецидивирования гастродуоденальных язв по-прежнему остается высоким и составляет, по

данным разных авторов, от 41 до 88% (Бредехина Н. А., 1995). В ряде случаев заболевание остается резистентным к медикаментозной терапии, что приводит к развитию осложнений, требующих оперативного вмешательства (Григорьев П. Я., 1993, 1998; Минушкин О. Н., 1995). В связи с этим, создание новых высокоэффективных методов борьбы с желудочной *H. pylori*-инфекцией представляется задачей чрезвычайно значимой и необходимой. На протяжении последних 7-10 лет во всем мире интенсивно велся поиск наиболее оптимальных схем антихеликобактерной терапии, опубликовано необозримое количество работ, посвященных этой проблеме. Следует отметить, что *in vitro* *H. pylori* чувствительны к широкому спектру антибактериальных средств, однако *in vivo* эффективность этих средств существенно отличается. Современной лечебной тактикой при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori* является эрадикация бактерии. Основными критериями для выбора схемы антихеликобактерной терапии служит ее предполагаемая эффективность. Маастрихтское соглашение-2 определяет, что эффективная схема антихеликобактерной терапии должна обеспечить достаточно высокую частоту эрадикации *Helicobacter pylori*. Вопрос о лечении патологии, связанной с *H. pylori*, остается острым. Применение антибиотиков с целью эрадикации *H. pylori* породило новые проблемы в терапии язвенной болезни. С одной стороны появились штаммы, резистентные к антибиотикам, с другой стороны, мощная антибактериальная терапия вызывает побочные эффекты, в том числе и дисбиотические изменения в кишечной микрофлоре. Поэтому ведется активный поиск биопрепаратов, которые не являются вредными для больных, но очень эффективными для эрадикации бактерии. Имеются данные о том, что больные раком желудка или язвенной патологией чувствуют облегчение при применении сероводородной воды или минеральных вод, содержащих сероводород. Литературы