

Эндоскопическое выявление атрофии слизистой как предракового состояния слизистой желудка у больных с хеликобактерным гастритом

А. М. СУББОТИН, МЛПУ «Городская больница № 13», г. Н. Новгород

Рак желудка (РЖ) является одним из самых распространенных в мире онкологических заболеваний, занимая четвертое место по заболеваемости и распространенности и второе — по смертности в эпидемиологической структуре опухолей всех локализаций.

По показателям смертности от РЖ, Россия занимает 1 место в мире, что связано с его диагностикой преимущественно на стадии развитого инвазивного рака. Причина этого заключается в отсутствии концепции выявления РЖ на ранних стадиях развития в практическом здравоохранении и его профилактики.

Пути улучшения диагностики раннего рака желудка заключаются в выявлении групп риска, создании регистра больных с предраковыми состояниями и изменениями слизистой желудка, в совершенствовании диагностики раннего РЖ и методов его лечения. Статистические данные показывают, что риск развития РЖ у пациента, страдающего атрофическим гастритом с поражением тела желудка в 5 раз выше, по сравнению со здоровой популяцией. При поражении атрофическим гастритом только антрального отдела риска желудка повышается приблизительно в 20 раз. Если же атрофические изменения тяжелой степени локализируются одновременно в антральном отделе и теле желудка, то риск развития рака повышается в 90 раз.

Основной причиной развития РЖ является атрофический хеликобактерный гастрит, при котором возникают предраковые изменения слизистой — атрофия, кишечная метаплазия и неоплазия слизистой, являющиеся ступенями карциногенеза.

Несмотря на основную роль атрофического гастрита как наиболее важного фактора риска по развитию карциномы желудка, его диагностика, классификация и правильная его оценка в повседневной клинической практике осуществляются плохо или не полностью. Гастроскопия часто проводится без взятия биоптатов из тела и антрального отдела желудка, что является распространенной практикой. Это приводит к тому, что атрофический гастрит и даже имеющаяся *Hp*-инфекция у этих пациентов часто остаются недиагностированными.

Целью работы явилась попытка улучшить эндоскопическую диагностику атрофического гастрита, а в комплексе с определением базальной пристеночной РН-метрии, выявления *Helicobacter pylori*, гистологического исследования и неинвазивного анализа «Гастропанель» выявить наиболее угрожаемую группу пациентов по развитию рака желудка.

С июля 2004 года нами обследованы 306 пациентов в возрасте от 35 до 75 лет. По возрасту группы распределились следующим образом: 35-45 лет — 32 пациента, 45-55 лет — 112 пациентов, 55-65 лет — 132 пациента, 65-75 лет — 30 пациентов. Мужчин было 172, женщин — 134.

Всем исследуемым проводилась ЭГДС на видеосистеме Фуджинон, базальная пристеночная РН-метрия во время гастроскопии, определение *Helicobacter pylori* (*Hp*) экспресс тестом, гистологическое исследование и проведение анализа крови «Гастропанель» фирмы Biohit (Финляндия) на исследование сывроточного уровня Пепсиногена 1, гастрин 17 и титра антител на *Hp*. Биопсия бралась по 2 биоптата из антрального отдела и по 2 биоптата из тела желудка. При гистологическом исследовании определялись наличие активного воспаления, хронического вос-

паления, атрофии слизистой и кишечной метаплазии. «Гастропанель» по уровню Пепсиногена 1, гастрин 17 позволяла судить о наличии и выраженности атрофии слизистой тела и антрального отдела желудка, а по титру антител на *Hp* — наличия *Helicobacter pylori*.

Больным для более качественного осмотра слизистой желудка перед процедурой давался раствор пеногасителя Эспумизан плохо переносящим процедуру гастроскопии проводилась внутривенная седация Дормикумом. Больные прицельно осматривались на наличие эндоскопических признаков атрофии слизистой желудка. Эндоскопическими критериями постановки атрофического гастрита являлись сглаженность складок, пестрый вид слизистой с чередованием бледных истонченных и приподнятыми розово-красными зернистыми участками. Участки с приподнятой белесоватой ворсинчатой слизистой верифицировались как очаги кишечной метаплазии. При необходимости проводилась хромокопия с метиленовым синим для подтверждения кишечной метаплазии и с индигокармином — для улучшения структуризации слизистой при подозрении на выявление очагов неоплазии.

Мультифокальный гастрит с признаками атрофии антрума был выставлен у 149 пациентов. Проводимая РН-метрия показала нормоцидность у 97 исследуемых, гиперацидность у 26, гипоцидность — у 13, анацидность — у 13. Наличие *Hp* было у 136, отсутствие — у 13 пациентов. Гистологически атрофия антрума подтвердилась у 135 больных, а у 14 одновременно с атрофией антрума была найдена атрофия и тела. По данным «Гастропанели» нормальная слизистая была выставлена у 16 пациентов, у 133 была выставлена атрофия антрума.

Мультифокальный гастрит с признаками атрофии антрума и тела был выставлен у 43 пациентов. Проводимая РН-метрия показала нормоцидность у 13, гипоцидность — у 14, анацидность у 16 больных. Наличие *Hp* было у всех 43 исследуемых. Гистологически атрофия антрума и тела подтвердилась также у всех 43 пациентов. По данным «Гастропанели», у 14 была выставлена атрофия антрума, а у 29 — атрофия тела и антрума.

Атрофический гастрит тела (аутоиммунный) эндоскопически был заподозрен у 9 больных. Проводимая РН-метрия показала нормоцидность у 2, гипоцидность — у 2, анацидность у 5 пациентов. Наличие *Hp* было у 5, отсутствие — у 4 больных. Гистологически атрофия тела была подтверждена у 6 исследуемых. Сочетание атрофии тела и антрума — у 3. По данным «Гастропанели», у 5 пациентов была выставлена атрофия тела, а у 4 — сочетание атрофии тела и антрума.

У 91 исследуемого эндоскопически был выставлен диагноз неатрофического хеликобактерного гастрита. Проводимая РН-метрия показала нормоцидность у 7, гиперацидность — у 84 пациентов. Наличие *Hp* было у 76, отсутствие — у 15 больных. Гистологически отсутствие атрофии было у 76, атрофия антрума была найдена у 15 исследуемых. По данным «Гастропанели» неатрофический хеликобактерный гастрит был у 83 больных, атрофия антрума — у 8.

У 14 пациентов эндоскопических признаков гастрита не было отмечено. РН-метрия показала нормоцидность у всех 14, тест на *Hp* также был у всех отрицательный. Гистологически у 12 боль-



ных не было признаков хронического воспаления, у 2 было выставлено заключение о наличии хеликобактерного антрального гастрита. «Гастропанель» у всех 14 пациентов показала состояние нормальной слизистой желудка.

Всего из всей группы больных (306 человек) гастрит с признаками атрофии эндоскопически был диагностирован у 201 исследуемого, что составило 65,7%. Гистологически подтверждение эндоскопического диагноза атрофии у данной группы в 201 пациент составило 100%.

В то же время в группе эндоскопически установленного диагноза неатрофического хеликобактерного гастрита, состоящей из 91 пациента, гистологически была выявлена атрофия у 15 пациентов (16,5%).

Таким образом, хорошая подготовка и детальный эндоскопический осмотр желудка позволил еще до получения гистологического анализа правильно выставить атрофический хеликобактерный гастрит с признаками атрофии у 93,1% больных.

Подтверждение эндоскопического диагноза атрофии слизистой желудка данными «Гастропанели» составило 92%.

В то же время в группе, где эндоскопически был установлен диагноз неатрофического хеликобактерного гастрита, состоящей из 91 пациента, по данным «Гастропанели» была выявлена атрофия у 8 пациентов (8,8%).

Выводы

Хорошая подготовка пациента с применением пеногасителей, по показаниям — проведение внутривенной седации, тщательное проведение ЭГДС с использованием видеэндоскопии, нацеленность эндоскописта на поиск эндоскопических признаков атрофии, применение экспресс-теста на *Hp*, базальной пристеночной РН-метрии, при необходимости дополнительное проведение хромоскопии позволяют:

— в 100% случаев гистологически подтвердить наличие выявленной эндоскопически атрофии слизистой желудка;

— в 93,1% случаев правильно эндоскопически выставить диагноз атрофического гастрита.

Внедрение в практику неинвазивного метода выявления состояния слизистой желудка «Гастропанель» позволяет в 92% подтвердить наличие атрофии у тех больных, у кого атрофия была выставлена только во время ЭГДС. Кроме того, «Гастропанель» дает возможность оценить степень атрофии и потери нормальных желез в слизистой желудка.

Полученные данные позволяют говорить о достаточной достоверности эндоскопических признаков атрофического гастрита, выявление которых при гастроскопии должно сразу насторожить эндоскописта на поиск очагов неоплазии и раннего рака желудка.

Цитологические эффекты лечебного бронхоальвеолярного лаважа

М. Л. ШТЕЙНЕР, С. А. БЛАШЕНЦЕВА, В. И. ФАЙНШТЕЙН,
А. В. ЖЕСТКОВ, А. В. ДАНИЛИН
Самарский государственный медицинский университет

Помимо выполнения диагностических исследований фибробронхоскопия (ФБС) дает возможность осуществления лечебных манипуляций. Санационные ФБС нашли свое место в лечении тяжелых пневмоний, сопровождающихся деструкцией легочной ткани, абсцессов легких, туберкулеза, муковисцидоза и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) (Г. И. Лукомский, Шулуто М. Л., Виннер М. Г., Овчинников А. А., 1982; Чернеховская Н. Е., Ярема И. В., 1998, 2000; Овчинников А. А., 2000; Дуганов В. К., Дмитриев Ю. К., Яськов А. И., Филатова Е. Г., 2001; Блащенко С. А., Богданов В. Е., Блащенко К. В., Подлесова Е. Н., Туркин А. Н., 2002; Credle W. F., Smiddy J. F., Shea D. W., Elliott R. C., 1973; Wiggins J. 1991).

Настоящее исследование посвящено оценке воздействия лечебного бронхоальвеолярного лаважа с использованием гипохлорита натрия и флуимуцила на цитологический состав бронхоальвеолярной жидкости у пациентов ХОБЛ.

При разработке требований к лаважной среде был определен ряд ее желательных параметров:

— лаважная среда должна иметь максимально широкий спектр антибактериального действия;

— лаважная среда должна быть максимально гипоаллергенной;

— лаважная среда должна оказывать муколитический эффект.

Исходя из заданных параметров, стало очевидным, что в лаважная среда должна быть представлена комбинацией антибактериального средства и муколитика. В качестве антибактериальной составляющей лаважной среды нами выбран 0,08% раствор гипохлорита натрия (именно такая концентрация использовалась для введения в закрытые полости, в частности, в брюшную по-

лость для ведения пациентов после хирургического вмешательства по поводу перитонита) (Пальцев Н. А., 1991).

Являясь донором активного кислорода, гипохлорит натрия обеспечивает протекание окислительных процессов в организме. Активный кислород способен разрушающе действовать на продукты тканевого распада и микроорганизмы. Именно с мощным неспецифическим окислительным эффектом и связан широкий спектр антибактериального действия препарата: активные растворы гипохлорита натрия эффективны в отношении большинства патогенных бактерий, грибков и простейших (Карсаков В. Б., 1992; Singh S., Evans T. V., 1997).

Низкая аллергогенность препарата связана с тем, что гипохлорит натрия является естественным продуктом, вырабатываемым организмом в небольших количествах при фагоцитозе (Пальцев Н. А., 1991).

Следующей проблемой, с которой сталкивается врач, лечащий больного с ХОБЛ, является муколизис. Слизь, вырабатываемая бокаловидными клетками, состоит из гликопротеидов, сульфомуцинов и воды. Она содержит большое количество сульфгидрильных групп, способных формировать связи, называемые «дисульфидными мостиками». При патологических состояниях формируется повышенное количество дисульфидных мостиков, что приводит к увеличению вязкости и эластичности бронхиального секрета и повышает риск развития инфекции в его скоплении. Так формируется гнойная мокрота (Pela R., 1999).

В поиске оптимального муколитического компонента мы остановили свой выбор на флуимуциле, как на единственном препарате N-ацетилцистеина для эндобронхиального введения. N-ацетилцистеин, в отличие от других муколитиков, характери-