КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

Ботезату Адриана Николаевна, Бодруг Николай Иванович,
Протопоп Виктория Степановна, Загорняну Чезар Артурович

Государственный медицинский и фармацевтический университет им. Николае Тестемицану Республики Молдова, г. Кишинев, бд. Стефан Великий и Святой, 165

E-mail: adryana85@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический атрофический гастрит; кишечная метаплазия желудка; дисплазия эпителия слизистой оболочки желудка; эндоскопическое исследование; серологическое исследование; *Helicobacter pylori*.

Введение. Несмотря на значительное сокращение заболеваемости раком желудка (РЖ) в прошлом веке, это заболевание остается одной из ведущих причин смерти от рака во всем мире: оно занимает 5-е место по заболеваемости и является 3-й ведущей причиной смерти от рака у обоих полов. В большинстве случаев РЖ диагностируется поздно, с ограниченными возможностями лечения, плохим прогнозом и 5-летней выживаемостью от 20 до 30%. Клиницисты не могут определить в среднем 15% РЖ, а некоторые исследования сообщают о частоте неудач до 25%.

Высокая смертность, неспецифическая клиническая картина, часто бессимптомное развитие с поздним проявлением симптомов в ходе заболевания и низкая выживаемость пациентов с РЖ, с одной стороны, повышенная распространенность предраковых поражениях желудка (ППЖ) и высокая ежегодная частота встречаемости (ППЖ) у этих пациентов — хронический атрофический гастрит (ХАГ) (0,1–0,25%), кишечная метаплазия желудка (КМЖ) (0,25–0,34%), легкая дисплазия эпителия слизистой оболочки желудка (ЛД) и тяжелая дисплазия эпителия слизистой оболочки желудка (ТД) (6%) в течение 5 лет после постановки диагноза, с другой стороны, требуют раннего выявления и наблюдения за людьми с высоким риском развития РЖ. Эти меры важны для профилактики и раннего выявления РЖ, снижения смертности, увеличения выживаемости и улучшения качества жизни пациентов с РЖ. Более того, предраковые изменения слизистой оболочки желудка часто игнорируются в клинической практике или приводят к разной частоте наблюдения или лечения. Однако ранняя диагностика РЖ имеет благоприятный прогноз после эндоскопической резекции слизистой оболочки или после эндоскопической диссекции подслизистой оболочки, при этом 5-летняя выживаемость достигает 90–95%.

Целью исследования является оценка клинических особенностей и функциональной активности слизистой оболочки желудка в зависимости от морфологического типа хронического атрофического гастрита.

Материалы и методы. В исследование были включены 142 последовательно выбранных пациентов с ХАГ. Общая группа исследования была разделена на 3 части в соответствии с морфологическим типом поражения: 51 пациентов с ХАГ без КМЖ и без дисплазий желудка (ДЖ) (группа 1), 51 пациентов с ХАГ и КМЖ (группа 2) и 40 пациентов с ХАГ и ДЖ (группа 3).

Методы исследования и критерии диагностики.

Биохимические методы. Биомаркеры GastroPanel — пепсиноген-I (PG-I), пепсиноген-II (PG-II), гастрин-17 (G-17) и антитела к *Helicobacter Pylori* IgG (HP-IgG) — определялись с помощью коммерческого иммуноферментного анализа GastroPanel® (Анализатор: Seac-Radim, Alisei QS, Италия) в соответствии с инструкциями производителя, и было рассчитано соотношение пепсиноген-I/II (PGR). Текущая инфекция HP была обнаружена двумя методами: 1) гистологическим доказательством инфекции HP путем окрашивания по Гимзе и 2) уреазным тестом.

Инструментальные методы. С целью диагностики ХАГ были проведены следующие исследования:

1. Эндоскопия верхних отделов пищеварительной системы и взятие биопсий слизистой оболочки желудка были выполнены на эндоскопической системе Olympus® Evis Exera III с высокоэффективным эндоскопом

(GIF-HQ190, Olympus Medical SysteCorp, Токио, Япония). Ткань для биопсии собирали в соответствии с протоколом OLGA/OLGIM. Атрофия слизистой оболочки желудка (ХАГ) оценивалась эндоскопически в соответствии с классификацией Kimura–Takemoto: атрофия отсутствует (C0), легкая атрофия (C1–C2), умеренная атрофия (C3–O1) и тяжелая атрофия (O2–O3).

2. Морфологическое исследование. Использовали обычные методы окрашивания (гематоксилин и эозин по Каракци, пикрофуксин по методу Ван-Гизона). Для характеристики КМЖ использовали дополнительные методы окрашивания: альциановый синий pH 2,5 / периодический алкиан Шиановой кислоты, альциановый синий–коллоидное железо / альциановый синий pH 2,5. Инфекция HP считалась положительной при наличии бактерий по крайней мере в одной из пяти проанализированных биопсий.

Результаты. Статистически значимых различий ($p > 0,05$) у пациентов исследуемых подгрупп не обнаружено. Хотя не было обнаружено значительных различий в частоте обвинений, анализ количества жалоб, упомянутых каждым пациентом, показал, что 3–5 симптомов упоминались всеми (100,0%) пациентами в подгруппе 3 исследования по сравнению с 92,1% пациентов в подгруппе исследования 1 ($p < 0,05$) и 90,2% пациентов в подгруппе исследования 2 ($p < 0,05$). Распространенность диспепсии, наиболее частого симптома, присутствующего у 60,2% симптомных пациентов с ХАГ тела, была примерно в 2 раза выше, чем в общей популяции, что указывает на потенциальную роль ХАГ в возникновении диспепсии. Таким образом, ХАГ является многогранным заболеванием, так как может проявляться неспецифическим и вариабельным спектром желудочных и внежелудочных симптомов. И поэтому необходимо выявить новые, неинвазивные, простые, доступные и экономичные методы скрининга предраковых поражений желудка.

Заключение. Оценка клинических признаков у людей с хроническим атрофическим гастритом выявила наличие основных симптомов у всех пациентов во всех трех подгруппах исследования. Частота и тяжесть этих симптомов также были сходными у пациентов во всех подгруппах исследования. Анализ количества обвинений, упомянутых каждым пациентом, показал, что 3–5 симптомов были отмечены всеми (100,0%) пациентами в подгруппе исследования 3, по сравнению с 92,1% пациентов в подгруппе исследования 1 ($p < 0,05$) и 90,2% пациентов в подгруппе исследования 2 ($p < 0,05$). Следовательно, пациенты с хроническим атрофическим гастритом и дисплазией эпителия слизистой оболочки желудка имеют более тяжелое состояние с более суровой клинической картиной и более высокой частотой неэффективности проводимого лечения.