

ОРИГІНАЛЬНА СТАТТЯ

УДК 616.33-002.2:616.33-018.25

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МЕТОДІВ ПІДСИЛЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЗОБРАЖЕННЯ



Філоненко Катерина Володимирівна,
filosha@i.ua

Філоненко К.В.¹, Яковенко В.О.^{2, 3}, Курик О.Г.^{2, 3}

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини" ДУС, м. Київ, Україна

³Медичний центр "Універсальна клініка "Оберіг", м. Київ, Україна

Ключові слова: хронічний гастрит, атрофія, метаплазія, дисплазія, методи відеоендоскопічного зображення.

Вступ. Однією з найбільш актуальних проблем гастроентерології на сьогоднішній день є хронічний гастрит (ХГ). В наш час вважається, що "хронічний гастрит" поняття морфологічне, і про наявність хронічного запалення мова може йти лише тоді, коли воно знайдене при морфологічному дослідженні [1]. До проведення біопсії клініцист не може діагностувати хронічний гастрит і може використовувати лише визначення "невиразкова диспепсія". До основних морфологічних ознак хронічного гастриту відносяться запалення, атрофія і порушення клітинного оновлення, в тому числі метаплазія і дисплазія [4, 5, 8].

Діагноз ХГ має складатися з чотирьох ознак: локалізації патологічного процесу, гістологічної картини, макроскопічних змін слизової, що виявляються при ендоскопії, і етіологічних факторів [3]. Відносно класифікації хронічного гастриту, відомий морфолог-гастроентеролог професор Аруїн Л.Й. вважає, що вона повинна визначати тактику лікування і прогноз захворювання [1].

В наш час більшість гастроентерологів користується Х'юстонським переглядом Сіднейської класифікації (1996). Ця класифікація враховує етіологію, топографію і морфологію слизової оболонки шлунка. Топографія хронічного гастриту у значній мірі визначає прогноз: переважно антральний гастрит, що супроводжується гіперсекрецією соляної кислоти, сприяє виникненню дуоденальної виразки (виразковий фенотип), а гастрит тіла

шлунка – виникненню рака і виразки шлунка (раковий фенотип) [9]. Морфологічна класифікація виділяє гастрит атрофічний і неатрофічний, а за типом запалення – активний (переважно нейтрофіли) і неактивний (переважно лімфоцити). Головним етіологічним фактором хронічного гастриту є *Helicobacter pylori* (HP) [13]. Сіднейська класифікація пропонує за допомогою візуально-аналогової шкали оцінювати вираженість колонізації *H.pylori*, активність хронічного запалення, атрофію і метаплазію слизової оболонки шлунка.

У 2005 р. група, в яку увійшли патоморфологи майже з усіх країн, запропонувала Міжнародну класифікацію, що отримала назву OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). Класифікація оцінює ступінь і стадію хронічного гастриту [10]. У 2008р. група OLGA запропонувала візуально-аналогову шкалу для оцінки атрофії [11]. Ступінь визначається за вираженістю запальної інфільтрації, а стадія – за вираженістю атрофії.

Ця система оцінки дає характеристику гастрита і відображає його динаміку, тобто ризик виникнення раку тим вищий, чим більш виражена атрофія і чим більший об'єм ураження. Пацієнтів з III і IV стадіями атрофії відносять до групи високого ризику розвитку раку шлунка [3, 4, 6].

Атрофія слизової оболонки шлунка має два основних типа: метапластичний і неметапластичний [7]. Неметап-

ластичний тип характеризується втратою залоз, що супроводжується фіброзом або фібромускулярною проліферацією власної пластинки слизової оболонки. При метапластичному типу атрофії спостерігається заміщення епітелію залоз клітинами, що не властиві або всьому органу, або його функціонально-морфологічному відділу. Кишкова метаплазія поділяється на повну (тонкокишкову, I тип) і неповну (товстокишкову, II і III типи). Повна метаплазія характеризується появою клітин Панета і келихоподібних клітин, що продукують сіаломуцини, характерні для слизової тонкої кишки. Неповна кишкова метаплазія характеризується наявністю призматичного епітелію і келихоподібних клітин, які продукують сіаломуцини і сульфомуцини. При II типу кишкової метаплазії клітини секретують нейтральні або кислі сіаломуцини, а при III типу – сульфомуцини. Розмежування типів кишкової метаплазії має прогностичне значення – при III типу кишкової метаплазії вірогідність розвитку рака шлунка в 4 рази вище, ніж при I типу [12]. Ступінь атрофії рахують легкою при втраті менше 30% залоз, помірною – 30-60%, важкою – більше 60% залоз. Тривале існування атрофії і кишкової метаплазії супроводжується дисплазією – відхиленням від нормальної структури клітин в напрямленні неопластичного розвитку, що проявляється клітинною атипією і порушенням диференціювання епітелію [13].

Отже, діагностика ХГ з його проявами – атрофією, метаплазією, дисплазією надзвичайно важлива, але для цього потрібна грамотно прицільно виконана біопсія, що забезпечується сучасними методами ендоскопічної діагностики [2], і що не менш важливо, кваліфікацією лікаря-ендоскопіста.

Метою дослідження стало проведення аналізу ефективності діагностики ХГ з його проявами – атрофією, метаплазією та дисплазією слизової оболонки шлунка (СОШ) за рахунок впровадження методів підсилення ендоскопічного зображення.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 342 пацієнта, яким на базі відділення ендоскопії і малоінвазивної хірургії медичного центру “Універсальна клініка “Оберіг” була проведена діагностика змін СОШ шляхом виконання ендоскопічного дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. В залежності від методу ендоскопічного дослідження пацієнти були розділені на дві групи. В першій групі 72 пацієнтам виконали рутинну фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС) за допомогою фіброгастроскопу Olympus GIF-E20; в другій групі 270 пацієнтам була виконана відеоезофагогастродуоденоскопія (ВЕГДС) з високою роздільною здатністю, високим збільшенням, вузькосмуговою візуалізацією з хромоендоскопією і політопною прецизійною біопсією. ВЕГДС виконували за допомогою відеокomплексу Olympus EVIS EXERA II (відеоезофагогастродуоденоскопи Olympus Q-180 з функціями високої роздільної здатності і вузькосмуговою візуалізацією, Olympus Q-160Z з функціями високої роздільної здатності, високого збільшення (до $\times 115$), вузькосмугової візуалізації). В обох групах проводили забір біопсійного матеріалу для патоморфологічного дослідження. При морфологіч-

ному дослідженні враховували хронічний атрофічний гастрит (за візуально-аналоговою шкалою OLGA), повну (тонкокишкову) метаплазію, неповну (товстокишкову) метаплазію, дисплазію.

Результати дослідження. В першій групі у 68 пацієнтів (94,4%) був встановлений діагноз еритематозна і ерозивна гастропатія; з 72 пацієнтів атрофія СОШ була виявлена в 3 випадках (4,1%), з них у одному випадку була виявлена кишкова метаплазія (1,4%). Причому всі пацієнти з атрофією СОШ були у віці 61 року і старші. У одного хворого виявлена виразка пілоричного відділу шлунка, у двох – рубці антрального відділу, у двох хворих – гіперпластичні поліпи шлунка. Інфекція *Helicobacter pylori* (HP) виявлена у 90,0% пацієнтів. В другій групі у 199 хворих (74%) був виявлений хронічний атрофічний гастрит (ХАГ). З усіх випадків ХАГ у 88 дослідженнях (44,2%) була виявлена повна (тонкокишкова) метаплазія (рис. 1), у 48 (24,1%) – неповна (товстокишкова) метаплазія (рис. 2), в решті випадків спостерігалась справжня атрофія (рис. 3). В 13 випадках (6,5%) спостерігалась дисплазія (рис. 4).

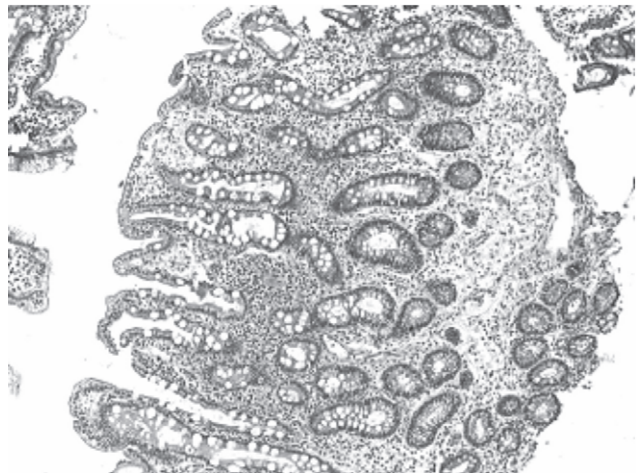


Рис. 1. Хронічний атрофічний гастрит з повною (тонкокишковою) метаплазією залоз. Забарвлення гематоксиліном – еозином. Збільшення $\times 100$.

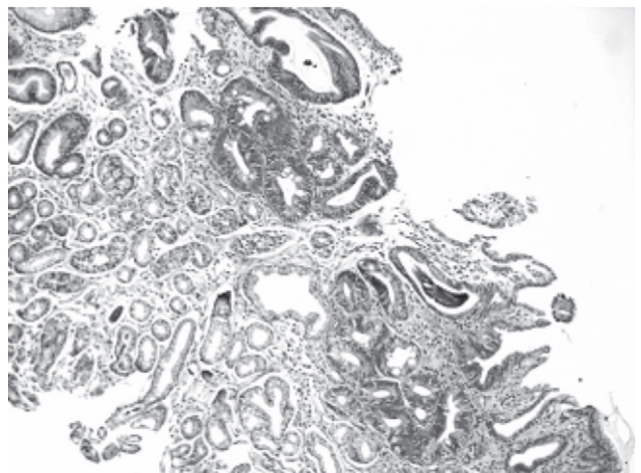


Рис. 2. Хронічний атрофічний гастрит з неповною (товстокишковою) метаплазією залоз. Забарвлення гематоксиліном-еозином. Збільшення $\times 100$.

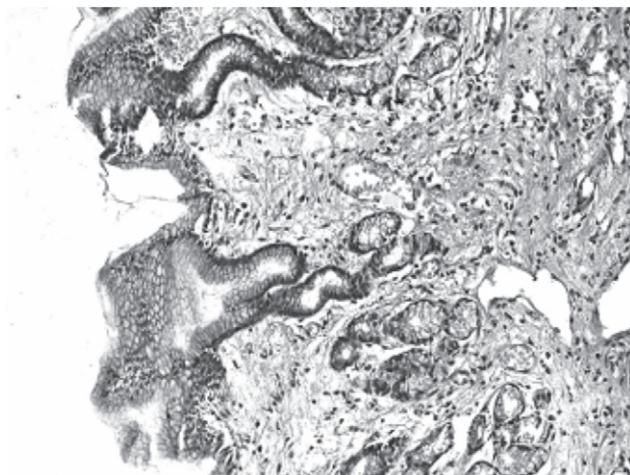


Рис. 3. Хронічний атрофічний гастрит – справжня атрофія..
Забарвлення гематоксиліном – еозином. Збільшення $\times 100$.

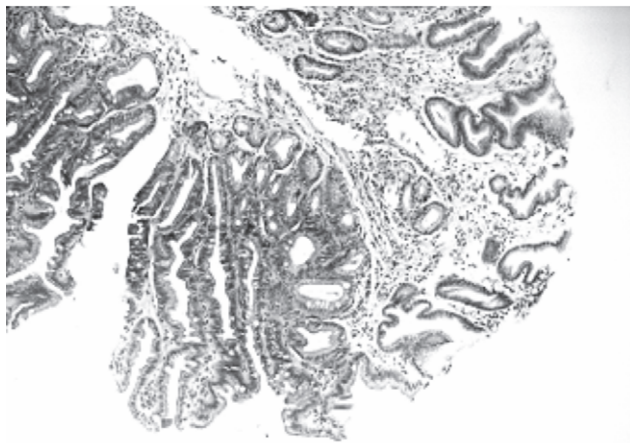


Рис. 4. Хронічний атрофічний гастрит з фокальною дисплазією
залоз низького ступеня. Забарвлення гематоксиліном-еозином.
Збільшення $\times 100$.

Відмічено, що при застосуванні технологій підсилення ендоскопічного зображення краще виявлялися патологічні ділянки СОШ, межі патологічно змінених ділянок СОШ ставали більш чіткими, контрастними, виявлявся специфічний ямковий малюнок поверхні СОШ. Були виявлені п'ять типів ямкового малюнка поверхні СОШ при ВЕГДС високої чіткості з використанням високого збільшення, вузькосмугової візуалізації, хромоскопії.

При співставленні з даними морфологічних досліджень біоптатів встановлено, що крапковий малюнок відповідав нормальній СОШ (атрофія відсутня), повздовжній малюнок – атрофії залоз СОШ, ворсинчастий малюнок – повній (тонкокишковій) метаплазії залоз СОШ, сітчастий малюнок – неповній (товстокишковій) метаплазії залоз СОШ, нечіткий малюнок – дисплазії залоз СОШ.

Отже, використання технологій підсилення ендоскопічного зображення СОШ має безсумнівні переваги над рутинною ФЕГДС для діагностики атрофії, метаплазії і дисплазії залоз СОШ.

Висновки. В результаті порівняльної оцінки діагностичної ефективності рутинної ФЕГДС і ВЕГДС з високою роздільною здатністю, в режимах вузькосмугової візуалізації і високого збільшення ($\times 115$) для діагностики змін СОШ було встановлено, що ВЕГДС на відміну від ФЕГДС властива достовірно вища чутливість і діагностична ефективність. Метод ВЕГДС може бути рекомендований для діагностики змін слизової оболонки шлунка на ранній стадії, навіть у пацієнтів без клінічних скарг, що дає можливість розглядати описаний метод як перспективний з метою скринінгу у групах ризику.

Рецензент: член-кор. НАМН України, д.мед.н.,
професор Захараши М.П.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И. Новая классификация хронического гастрита / Л.И.Аруин, А.В. Кононов, С.И. Мозговой // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы БЫБИ съезда Рос. Общ. Патологоанатомов. – Самара, 2009. – Т. 1. – С. 5-8.
2. Захараши М.П. NBI і ендоскопія з високим збільшенням: сучасні можливості ендоскопічної діагностики / М.П. Захараши, В.О.Яковенко, О.Г.Курик // Укр.журн. малоінв.та ендоск. хір. – 2009. – Т.13, №4. – С. 12-15.
3. Зак М.Ю. Классификация хронического гастрита: от Сиднейской системы в системе OLGA / М.Ю.Зак // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 6(56). – С. 116-126.
4. Кашин С.В. Атрофия, метаплазия, дисплазия – факторы риска развития рака желудка: обратимые ли эти изменения слизистой оболочки / С.В. Кашин, А.С. Надежин, И.О. Иваников // Клинич. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2006. – № 5. – С. 13-17.
5. Князев М.В. Атрофия слизистой оболочки желудка как предраковое заболевание. Методы диагностики / М.В. Князев // Клиническая эндоскопия. – 2008. – № 4. – С. 2-12.
6. Мельченко Д.С. Предопуховые изменения слизистой оболочки желудка: морфологические аспекты изучения биопсийного материала / Д.С. Мельченко, Г.В. Белова, Д.В. Сазонов, А.А. Будзинский // Клиническая эндоскопия. – 2008. – № 3. – С. 38-45.
7. Мозговой С.И. Кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка: от природы феномена к прогнозу / С.И.Мозговой// Бюллетень СО РАМН. – 2009. – № 3 (137). – С. 5-9.
8. Fox J.G. Inflammation, atrophy and gastric cancer / J.G. Fox, T.C. Wang // J. Clin. Invest. – Vol. 117. – P. 60-69.
9. Genta R.M. Screening for gastric cancer: does it make sense? / R.M. Genta // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – Suppl.2. – P. 42-47.
10. Rugge M. Staging gastritis: an international proposal / M. Rugge, R.M. Genta // Gastroenterology. – 2005. – Vol. 129, № 5. – P. 1807-8.
11. Rugge M. OLGA staging for gastritis: a tutorial (Review) / M. Rugge, P. Correa, F. Di Mario [et al.] // Dig. Liv. Dis. – 2008. – Vol. 109 (1). – P. 650-658.
12. Smith J.L. Is subtyping of intestinal metaplasia in the upper gastrointestinal tract a worthwhile exercise? An evaluation of current mucin histochemical stains / J.L. Smith, M.F. Dixon // Br. J. Biomed. Sci. – 2003. – Vol. 60, № 4. – P. 180-186.
13. Yeh L.Y. Chronic atrophic antral gastritis and risk of metaplasia and dysplasia in an area with low prevalence of *H.pylori* / L.Y. Yeh, M. Raj, S. Hassan // Ind. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 28 (2). – P. 49-52.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ УСИЛЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ

Филоненко Е.В.¹, Яковенко В.А.^{2,3}, Курик Е.Г.^{2,3}

¹Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

²ГНУ "Научно- практический центр
профилактической и клинической медицины" ГУД,
г. Киев, Украина

³Медицинский центр "Универсальная клиника
"Обериг", г. Киев, Украина

Резюме. Хронический гастрит является одной из наиболее актуальных проблем гастроэнтерологии. Хронический гастрит – диагноз морфологический, к основным морфологическим признакам которого относится воспаление, атрофия, металазия и дисплазия. Для их верификации необходима прицельно выполненная биопсия, что обеспечивается современными методами эндоскопической диагностики. Цель исследования – проведение анализа повышения эффективности диагностики хронического гастрита за счет внедрения методов усиления эндоскопического изображения.

Были обследованы 342 пациента. В первой группе (72 пациента) была выполнена рутинная фиброэзофагогастродуоденоскопия; во второй (270 пациентов) – видеоэзофагогастродуоденоскопия с высокой разрешающей способностью, высоким увеличением, узкополосной визуализацией с хромокопией и политопной прецизионной биопсией.

В первой группе пациентов атрофия слизистой оболочки желудка была выявлена в 3 случаях (4,1%), в одном случае была выявлена кишечная метаплазия (1,4%). Во второй группе у 199 пациентов (74%) был выявлен хронический атрофический гастрит. Из всех случаев хронического трофического гастрита у 88 пациентов (44,2%) была выявлена полная (тонкокишечная) метаплазия, у 48 (24,1%) – неполная (толстокишечная) метаплазия, в остальных случаях наблюдалась истинная атрофия. В 13 случаях (6,5%) наблюдалась дисплазия.

Применение методик видеоэндоскопического исследования дает возможность улучшить диагностику предраковых заболеваний слизистой оболочки желудка.

Ключевые слова: хронический гастрит, атрофия, метаплазия, дисплазия, методы видеоэндоскопического изображения.

ANALYSIS OF EFFICIENCY OF ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF CHRONIC GASTRITIS WITH THE USE OF METHODS OF STRENGTHENING OF ENDOSCOPIC IMAGE

E.V. Filonenko¹, V.O. Yakovenko^{2,3}, E.G. Kuryk^{2,3}

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²DNU "Scientific and Practical Centre of Preventive
and Clinical Medicine" SAD, Kyiv, Ukraine

³Medical Centre "Oberig", Kyiv, Ukraine

Summary. Chronic gastritis is one of the most impotent problem of gastroenterology. Chronic gastritis is a morphological diagnosis, and the main morphological features are inflammation, atrophy, metaplasia and dysplasia. For their verification the precision biopsy, which is ensured by modern methods of endoscopic diagnosis, is necessary. The aim of research is analysis of improve the efficiency of diagnosis of chronic gastritis due to the introduction of methods of strengthening the endoscopic image.

342 patients were examined. In the first group (72 patients) was performed with routine fibroesophagogastroduodenoscopy; in the second group (270 patients) – with videoesophagogastroduodenoscopy with high-resolution, high magnification, narrow-band imaging in combination with chromoendoscopy and precision biopsy was studied.

In the first group of patients atrophy of gastric mucosa was found in 3 cases (4.1%), intestinal metaplasia – in one patient (1.4%). In the second group chronic atrophic gastritis was identified in 199 patients (74%). Of all cases of chronic gastritis complete (small bowel) metaplasia was found in 88 patients (44.2%), incomplete (colonic) metaplasia – in 48 (24.1%) patients; in other cases there was a true atrophy. In 13 cases (6.5%) was found dysplasia.

The use of methods of strengthening of endoscopic image take possibility the diagnostics of precancerous diseases of the gastric mucosa.

Key words: chronic gastritis, atrophy, metaplasia, dysplasia, methods of strengthening of endoscopic image.