

«Предикторы развития предраковых заболеваний и рака желудка у жителей приравненного к условиям крайнего севера».

Научный руководитель – Тарасова Лариса Владимировна

Эльмурзаева Азиза Амирхановна

Аспирант

Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского АО, Сургут, Россия

E-mail: aziza130893@mail.ru

Аннотация. В данной работе проведён анализ отечественных и иностранных литературных данных об эпидемиологии, этиологии, патогенезе развития изменений слизистой оболочки желудка, что в свою очередь способствовало развитию предраковых заболеваний и рака желудка.

Ключевые слова: слизистая оболочка желудка (СОЖ), *Н.р.* инфекция, предраковые заболевания, рак желудка (РЖ).

Крайний север и условия приравненные к крайнему северу - территория, которая согласно рекомендациям Женевской конференции расположена севернее полярного круга и составляет 64% территории России и является наиболее неблагоприятной географической зоной для проживания человека [1].

При низких температурах увеличивается потребность организма в энергетических и пластических веществах, наблюдается возбуждение симпатического отдела нервной системы, перераспределение крови во внутренние органы, усиливаются окислительные процессы, возрастает потребность в кислороде. Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) играет ключевую роль в процессе адаптации организма человека к условиям северного региона, снижается секреторная функция желудка (продукция соляной кислоты и пепсина), замедляется эвакуация желудочного содержимого. Подобные изменения способствуют развитию хронических заболеваний желудка, в том числе и рака желудка. [1]

Наиболее важным вопросом в канцерогенезе желудка является выявление предраковых состояний. Предопухолевым (предраковым) состоянием принято считать различные патологические процессы, предшествующие развитию злокачественной опухоли, но не обязательно переходящие в нее. Предрак - состояние или заболевание, на фоне которого может развиваться рак и которое характеризуется появлением клеточной атипии и/или структурных перестроек и изменениями метаболизма. Согласно классификациям, к предраковым состояниям относят в зависимости от вероятности риска развития рака атрофический гастрит (с определенным риском развития), гиперпластические полипы и язвы желудка (с возможным риском развития). Также проводились исследования, в результате которых выявилось, что хронический эрозивный гастрит и эрозии желудка вследствие хромосомных aberrаций также относят к предикторам рака желудка. [2]

В соответствии с моделью развития рака желудка, предложенной Р. Correa, к раку желудка ведет серия патологических процессов в слизистой оболочке желудка: нормальная слизистая оболочка - неатрофический гастрит - атрофический гастрит - кишечная метаплазия - дисплазия - карцинома кишечного типа.[3]

Заболелаемость раком желудка среди мужчин в 2 раза выше, чем среди женщин. Это соотношение справедливо для популяций как с высокой, так и с низкой распространённостью данного онкологического заболевания. Такие различия в полной мере не могут быть объяснены разницей социальных и демографических показателей, факторов окружающей среды, рационом питания, инфицированности *H. pylori* [4]., коморбидностью заболеваний.

Раннее обнаружение рака желудка- это лучший способ уменьшить заболеваемость и смертность от этой патологии. За рубежом для скрининга предрака желудка в группах высокого риска широко применяется определение пепсиногенов [6] в сыворотке крови. В России подобные исследования единичны. Но до сих пор недостаточно ясно, является ли такое серологическое исследование адекватным для скрининга рака желудка или оно даёт информацию только о распространённости и тяжести предраковых изменений. В литературе отражены многочисленные, нередко противоречивые данные о различных механизмах развития рака желудка, в том числе при наличии Н.р. - инфекции. Однако нет однозначного мнения о роли факторов патогенности Н.р., в частности цитотоксин-ассоциированного гена (Cag.A) и вакуолизирующего цитотоксина А (Vac.A) в развитии предраковых заболеваний и рака желудка. В настоящее время обсуждаются данные, что именно инфекции, особенно хронические, являются ключевым фактором для развития раковых заболеваний. IARC определило 11 биоинфекционных агентов, являющихся сильными канцерогенами, среди которых вирус Эпштейна - Барра, вирус гепатита В, вирус гепатита С, 16 и 18 типы вируса папилломы человека, вирус иммунодефицита человека 1, *H.pylori*. Принимая во внимание то, что рак желудка является одним из наиболее распространённых видов рака пищеварительной системы, Н.р.- инфекция, как полагают многие авторы, является её основным фактором риска [8].

Также анализируя ряд исследований, повреждение клеток слизистой оболочки желудка, вызывающих метапластические, диспластические изменения в эпителии желудка, связаны с аутоиммунной агрессией индуцированной Н.р. [3,4,5]. В зонах кишечной метаплазии и железистом эпителии слизистой оболочки желудка с признаками дисплазии выявляют кишечные антигены. Таким образом, учёные полагают, что трофические расстройства и диспластические изменения эпителия желудка сопровождаются антигенной перестройкой по кишечному типу, поэтому у больных с симптомами диспепсии, верифицированными диагнозами гастрита, ассоциированной с Н.р., нередко выявляются данные патоморфологические нарушения на фоне кишечной метаплазии [9].

Следует констатировать, что первые симптомы злокачественной перестройки слизистой оболочки желудка появляются за много лет до установки окончательного диагноза рака желудка и чаще всего проявляются синдромом диспепсии.

Оптимизация диагностики рака желудка продолжает оставаться одной из важных проблем онкологии. Отсутствие изменений на слизистой оболочке, как правило делает невозможным определение границ стандартными эндоскопическими и рентгенологическими методами исследования. Эндоскопическое исследование (ФГДС) является одним из наиболее информативных методов диагностики рака желудка. При эндоскопическом исследовании определяются граница, характер и форма роста опухоли, распространение инфильтрации на пищевод, наличие осложнений. В некоторых случаях производится хромоэндоскопическое исследование слизистой оболочки желудка. Для этого выполняется окраска слизистой оболочки 0,1% раствором индигокармина либо метиленовой синью. Метод позволяет более детально определять границы инфильтрации, даже при эндофитном распространении по подслизистому слою, наличие синхронной опухоли и интрамуральных пылевидных метастазов в стенке желудка на уровне подслизистого слоя [9,10,11]. Наиболее перспективным, в плане комплексной диагностики интрамуральной и лимфогенной распространённости опухолевого процесса является применение эндоскопического ультразвукового исследования (ЭУЗИ), что в перспективной части моего исследования запланировано. [7]

Исходя из вышеизложенного, неотъемлемой частью диагностики и определения тактики лечения является динамическое наблюдение за данными пациентами с обязательным эндоскопическим исследованием и прицельной биопсией из стандартных точек и патоло-

гически изменённых участков, с последующим цитологическим и гистологическим исследованием биопсийного материала., также при необходимости ЭУЗИ.

Выводы: Таким образом проведённый анализ отечественных и иностранных литературных данных указывает на то, что несмотря на достаточно большое количество исследований, затрагивающих вопросы о предикторах развития рака желудка, не вносят окончательной ясности. Имеющиеся данные в достаточной степени противоречивы. Тем не менее, из представленного материала представляется возможным выделить следующие, с наибольшей частотой встречающиеся в работах разных авторов, факторы, влияющие на канцерогенез слизистой оболочки желудка: Н.р. инфекция, сочетанная вирусная инфекция, особенности макроорганизма, длительность течения инфекции, воздействие факторов окружающей среды, рациона питания, первичное проявление симптомов диспепсии, также условия и регион проживания (север).

Особую роль необходимо выделить степени выраженности патологического процесса в СОЖ, характеризующееся изменением клеточной структуры, что в дальнейшем итоге при не своевременном выявлении и неправильном лечении, может привести к раку желудка..

Также считаю что необходимо дальнейшие исследования по выявлению факторов , влияющих на заболеваемость данной патологией. Разработка необходимых мероприятий по устранению предикторов развития рака желудка, своевременное выявление Н.р. и иной инфекции, определение временных рамок проведение инструментальных методов доисследования с целью выявления изменений слизистой оболочки.

Источники и литература

- 1) 1. Тамара Владимировна Поливанова (НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, директор — д.м.н., член-корр. РАМН, проф. В.Т. Манчук, отделение соматического и психического здоровья детей, руководитель — д.м.н., проф. С.Ю. Терещенко) ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА // Сибирский медицинский журнал, 2012, № 1 ,стр 10 , стр 11-12 2. Баранская Е.К. Клинический спектр предраковой патологии желудка / Баранская Е.К., Ивашкин В.Т. // РЖГГК – 2002 г. - №3. – С. 7-14. 3. Матвеевко О.А. Хромосомные аберрации в тканях желудка при хроническом эрозивном гастрите как потенциальный маркер ранней злокачественной трансформации клеток / Матвеевко О.А., Уразова Л.Н., Вусик М.В., Авдеевко Т.В. Авдеевко НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск, СИБИРСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. 2011. Приложение № 1 4. Денисов Н.Л. Хронический гастрит с позиций взаимодействия иммунного, инфекционного и морфологического факторов / Н.Л. Денисов, В.Т. Ивашкин, Ю.В. Лобзин, В.Ю. Голофеевский // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2008. - № 6. – С. 22–26. 5. Ивашкин В.Т. Роль молекул адгезии в патогенезе инфекции *Helicobacter pylori* // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – №6. – С. 32-37. 6. Нурғалиева Б.К., Хамидуллина Г.А., Ивашкин В.Т., Бондаренко О.Ю. Регуляция пролиферации и апоптоза при *H. Pylori*-ассоциированном гастрите и язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – №6. – М., 2005. – С. 33. 23. 7. Роль комплексного эндоскопического и эндосонографического исследования в диагностике проксимального рака желудка Беляева Т. В., Ибраев М. А., Кувшинов Ю. П., Малихова О. А. ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России (Москва, Россия) экспериментальная и клиническая гастроэнтерология | выпуск 152 | № 4 2018 8. Chandanos E, Lagergren J. Oestrogen and the enigmatic male predominance of gastric cancer. *Eur J Cancer*. 2008; 44:2397-2403. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.07.031> 9. Meng, W. Role of *Helicobacter pylori*

in gastric cancer: advances and controversies / W. Meng [et al.] // *Discov. Med.* – 2015. – Vol. 20, № 111. – P. 285–93. 10. Take S. The effect of eradicating *Helicobacter pylori* on the development of gastric cancer in patients with peptic ulcer disease / S. Take, M. Mizuno, K. Ishiki, et al. // *American Journal of Gastroenterology.* – 2005. – Vol. 100, № 5. – P. 1037–1042. 11. Tsuda Y. Endoscopic observation of gastric lesions with a dye7spraying technique// *Endoscopic Gastroenterology*– 1987.– Vol. 9.– P. 189–195/