

Риск развития диспластических изменений в зависимости от выраженности атрофических и метапластических процессов в слизистой оболочке желудка

Научный руководитель – Барановский Андрей Юрьевич

Соколова Ксения Сергеевна

Выпускник (специалист)

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.

Павлова, Saint Petersburg, Россия

E-mail: sokolova.mdd@gmail.com

Цель. Оценить выраженность атрофии и кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка (СОЖ) при наличии интраэпителиальной неоплазии (ИЭН).

Материалы и методы. В анализ вошли 214 пациентов, у которых при ЭГДС были выявлены признаки атрофии и проводилась биопсия СОЖ для гистологического исследования по системе OLGA.

Результаты. Кишечная метаплазия (КМ) СОЖ на фоне атрофического гастрита (АГ) наблюдалась у 107 пациентов из 214 обследованных (50%). Все 23 случая ИЭН выявлялись на фоне КМ СОЖ, что составило 22% внутри группы. У 14 человек из 23 ИЭН развилась на фоне полной КМ СОЖ (61% внутри группы). При этом у 9 пациентов из 14 полная КМ была выявлена только в одном отделе желудка. Также КМ в одном отделе желудка выявлялась у 3 из 9 пациентов с неполной КМ. В целом у 12 из 23 пациентов с ИЭН (52%) КМ была представлена только в одном отделе желудка.

При этом у 8 пациентов из 23 ИЭН развилась на фоне атрофии OLGA II, из них в 5 случаях полная КМ СОЖ, была выявлена только в одном отделе желудка. Необходимо учесть, все мужчины и две трети женщин с полной КМ и ИЭН были старше 60 лет.

Обсуждение результатов.

Согласно современным представлениям о канцерогенезе, формирование аденокарциномы проходит через последовательные стадии атрофии, кишечной метаплазии и интраэпителиальной неоплазии. Однако, как в российских клинических рекомендациях РГА/РЭНДО [1], так и в европейском руководстве MAPSII [2], отмечается позиция не включать в план диспансерного наблюдения пациентов с полной КМ, ограниченной одной анатомической областью. Предлагается снимать таких пациентов с учёта, особенно если исключена выраженная стадия атрофии. Наряду с этим, авторы консенсусов подчёркивают, что наличие КМ любой выраженности может иметь даже большие риски в отношении развития рака желудка, чем любая степень атрофии без КМ. Аргументируется это тем, что в части исследований риск рака желудка был выше у пациентов с OLGIM I/II, чем с OLGA III/IV [2].

Наши данные говорят в пользу того, что пациенты >60 лет с полной КМ должны быть включены в план диспансерного наблюдения, даже если КМ СОЖ определяется только в 1 отделе желудка. В дальнейшем планируется расширить выборку наблюдения и проанализировать состояние СОЖ у больных с раком желудка, а также ИЭН и дисплазией тяжелой степени.

Источники и литература

- 1) Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(4):70-99.

- 2) Pimentel-Nunes P, Libânio D, Marcos-Pinto R et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019 // *Endoscopy*. 2019 Apr;51(4):365-388.