

УДК 616.33 – 006.6:576.8.06 (575.2) (04)

ОБСЕМЕНЕННОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

С.А. Анкудинова – докт. мед. наук

С.А. Романихина – соискатель

Modern problems of infectiousness of helicobacter pylori mucosa in patients suffered from stomach cancer are set out. A control group of patients was examined and outcomes are exposed in this article.

Рак желудка по-прежнему является одной из наиболее трудно диагностируемых форм злокачественного поражения, что затрудняет лечение данной категории больных и ухудшает показатели выживаемости. По данным ВОЗ от рака желудка ежегодно погибает 3/4 миллиона человек [1, 2]. В Кыргызстане рак желудка занимает второе место в структуре онкологических заболеваний и составляет за последние 5 лет 13,6–16,5% на 100000 населения.

После открытия *Helicobacter pylori* (НР) активно изучается его роль в патологии человека. В настоящее время многие исследователи подтверждают связь между раком желудка и инфицированием ее слизистой *Helicobacter pylori* [3]. В 1994 г. Международным агентством по изучению рака данная инфекция отнесена к канцерогенам I группы. Микроорганизмы НР не являются полным канцерогеном, а коканцерогеном, запускающим механизмы канцерогенеза [2].

Интересно, что в большинстве развитых стран значительное снижение заболеваемости раком желудка четко коррелирует со снижением инфицированности населения этим микроорганизмом. По данным [4, 5], частота развития карциномы желудка уменьшилась на 31%, а заболеваемость НР ассоциированным гастритом – на 38%.

Цель настоящего исследования – изучить зараженность *Helicobacter pylori* у больных раком желудка.

Материал и методы. В отделении эндоскопии Национального центра онкологии обследовано 92 больных раком желудка и 182 больных с неопухолевыми заболеваниями желудка (гастриты, язвы), составивших контрольную группу, с помощью эндоскопического гастроскопа фирмы «Олимпус». При визуальном обследовании слизистой желудка взят биоптат для морфологического исследования, кроме того, при обсеменении НР использован биоптат из 4 участков – 2 из тела желудка (передняя и задняя стенка) и 2 из антрального отдела (не более, чем 2 см от пилорического отдела). Кусочки ткани помещали на предметное стекло, делали мазки-отпечатки, которые фиксировали и окрашивали методом Романовского-Гимза.

Интенсивность обсеменения НР оценивали по четырем степеням при увеличении микроскопа в 70 раз:

I степень – до 20 микробных тел в поле зрения;

II степень – от 20 до 40 микробных тел в поле зрения;

III степень – от 40 до 60 в поле зрения;

IV степень – от 60 и выше.

Возраст в обследуемой группе пациентов раком желудка колебался от 24 до 74 лет (в

среднем $55,8 \pm 4,3$). Мужчин было 46 человек (60,8 %), женщин – 31 (39,2%).

Возраст больных в контрольной группе (182 человек) составил в среднем $54,6 \pm 4,4$ года, соотношение по полу (мужчины и женщины) – 1,7: 1,0.

Статистическую обработку полученных данных проводили по общепринятой методике, оценку достоверности – с учетом коэффициента Стьюдента–Фишера.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что у больных раком желудка имеется значительное обсеменение НР микроорганизмами слизистой желудка (табл. 1).

Как видно из табл. 1, обсемененность НР слизистой желудка при раке была значительно

($P < 0,01$) выше, чем при неопухолевых заболеваниях. Так, при раке желудка она составила $97,6 \pm 5,4$ микробных тел в поле зрения, тогда как при язвенных процессах – $80,1 \pm 4,1$, при неатрофических гастритах – $77,1 \pm 4,2$, при атрофических гастритах – $66,9 \pm 1,6$.

По степени обсеменения слизистой желудка НР микроорганизмами I степень инфицирования не обнаружена ни при злокачественных, ни при неопухолевых заболеваниях, II – только у 18 больных со злокачественными и неопухолевыми заболеваниями желудка (6,5%), III степень – у 70 (25,6%) больных, IV степень – у 186 (67,9%) больных (табл. 2).

Таблица 1

Инфицированность НР слизистой желудка у больных со злокачественными и неопухолевыми заболеваниями желудка ($M \pm m$)

Кол-во больных	Диагноз	Инфицированность НР (кол-во микробных тел в поле зрения)
92	Рак желудка	$97,6 \pm 5,4$
47	Язва желудка и 12-перстной кишки	$80,1 \pm 4,1$ $P < 0,01$
47	Неатрофический гастрит	$77,1 \pm 4,2$ $P < 0,01$ $P^* > 0,05$
88	Атрофический гастрит	$66,9 \pm 1,6$ $P < 0,001$ $P^* > 0,05$

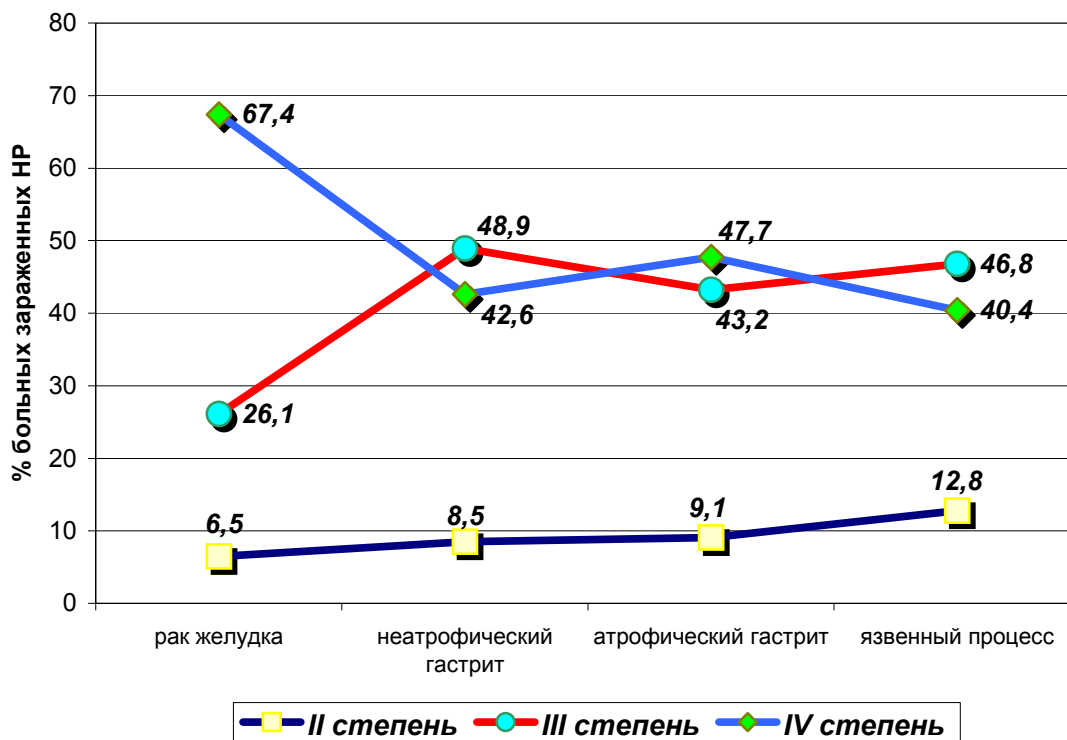
P – по сравнению с больными раком желудка.

P* – по сравнению с доброкачественными процессами в желудке.

Таблица 2

Степень инфицированности НР слизистой желудка при неопухолевых заболеваниях и раке желудка

Диагноз	Кол-во больных	Степень обсеменения					
		II		III		IV	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рак желудка	92	6	6,5	24	26,1	62	67,4
Неатрофический гастрит	47	4	8,5%	23	48,9	20	42,6
Атрофический гастрит	88	8	9,1	38	43,2	42	47,7
Язва желудка и 12-перстной кишки	47	6	12,8	22	46,8	19	40,4
Всего:	274	18	6,5	70	25,6	186	67,9



Степень инфицирования НР при различных поражениях слизистой желудка.

Как видно из табл. 2, более половины обследуемых больных раком желудка имели IV степень инфицирования НР, в то время как при неопухолевых заболеваниях IV степень зараженности была значительно ниже (при атрофических гастритах – 47,7%, неатрофических гастритах – 42,6%, язвенных процессах – 40,4%).

При раке желудка IV степень зараженности отмечена в 67,4% случаях, что в 1,6 раза выше, чем при неатрофическом гастрите и 1,4 раза выше, чем при атрофическом гастрите и в 1,7 раза выше, чем при язвенных процессах (см. рисунок).

Таким образом, при раке желудка диагностируется более высокая степень зараженности слизистой желудка НР, чем при неопухолевых заболеваниях желудка ($P < 0,01$).

На основании литературных данных установлено, что данный микроорганизм принимает непосредственное участие в запуске меха-

низма канцерогенеза, осуществляя непосредственно ряд химических процессов, в результате которых образуются вещества, инициирующие процесс малигнизации [5, 6].

По литературным данным, своевременное лечение больных, инфицированных НР, приводит к улучшению показателей заболеваемости раком желудка [7], поскольку степень инфицирования НР при раке желудка высокая, следует обратить внимание на лечение данной категории больных в дооперационном и особенно в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидивов опухоли.

Литература

1. Аруин Л.И., Каптулер Л.Л., Исаков В.А. // Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М., 1998. – 243 с.
2. Василенко Н.В., Сургай Н.Н. К вопросу об этиологии и патогенезу диффузного и кишеч-

- ного типов рака желудка // Вопросы онкологии. – 2003. – Т. 49. – № 2. – С. 239–244.
3. *Потамов Л.В., Морозов В.П. и др.* Выявление *Helicobacter pylori* при раке желудка // Вопросы онкологии. – 1996. – Т. 42. – № 3. – С. 30–37.
 4. *Forman D.* Gastric cancer // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1996. – Vol. 31. – P. 31–33.
 5. *Сиппонен П., Сеппала К.* Гастрит – атрофический гастрит – кишечная метаплазия – рак желудка: обратима ли эта последовательность? // *РЖГГК.* – 1999. – № 2. – С. 30–35.
 6. *Передерий В.Г., Ткач С.М., Передерий О.В.* Диагностика и лечение хронического гастрита, язвенной болезни желудка, язвенной болезни 12-перстной кишки, болезни Менетрие, предупреждение злокачественной лимфомы и рака желудка, вызванных инфекцией хилокобактер пилори (*Helicobacter pylori*). – Киев, 1999. – 118 с.
 7. *Пасечников В.Д., Чуков С.З., Кобелевец С.М.* Профилактика рака желудка на основе эрадикационной терапии предопухолевых заболеваний // *РЖГГК.* – 2000. – № 4. – С. 11–20.