

СИСТЕМА OLGA — НОВЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ

УДК 616.34—002.2—07—08

Поступила 1.04.2010 г.



Б.В. Саранцев, к.м.н., зав. отделом клинической патоморфологии

Нижегородский областной клинический диагностический центр, Н. Новгород

Рассмотрена методика гистологической оценки биоптатов слизистой оболочки желудка с использованием системы OLGA, которая позволяет выделять стадии и степени хронических гастритов. Показана эффективность практического применения системы OLGA в повседневной практике, ее преимуществ перед Сиднейской системой — возможность диспансеризации пациентов из группы риска по возникновению рака желудка.

Ключевые слова: хронический гастрит, группы риска.

English

System OLGA — a new approach in diagnosis and treatment of the chronic gastritis

B.V. Sarantsev, c.m.s., head of a clinical pathomorphology department

Nizhny Novgorod regional clinical diagnostic center, N. Novgorod

A method of the stomach mucous membrane biopate histological assessment with the OLGA system use, permitting to distinguish the chronic gastritis stages and degrees, is regarded. An effectiveness of the OLGA system practical use in a usual practice, its advantages compared to the Sydney system — a possibility of the patient prophylactic medical examination from a group of a stomach cancer appearance risk is demonstrated.

Key words: chronic gastritis, risk groups.

Со времени основания Нижегородского областного клинического диагностического центра минуло 20 лет, и почти с первых дней его работы была организована совместная деятельность отделов клинической патоморфологии и эндоскопии по диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта (ведущее место по количеству обращающихся пациентов занимают больные с хроническими гастритами).

При диагностике данной патологии за основную рабочую классификацию была взята Сиднейская система, а чуть позднее — ее Хьюстонский пересмотр. За период применения этой системы был накоплен соответствующий опыт, она зарекомендовала себя среди эндоскопистов, патологов и врачей-гастроэнтерологов нашего региона как очень полезная в практической работе. Недаром финский патолог P. Sipponen в 2007 г. отозвался о ней так: «Сиднейская система является не классификацией в узком смысле, а прак-

тической инструкцией». Однако несмотря на несомненные достоинства и широкую популярность, в последние годы стали отмечать некоторые ограничения, вызываемые ее громоздкостью, низкой информативностью в отношении прогноза, отсутствием возможности перевода морфологической информации в стандартизованные заключения, отражающие риск возникновения рака. Например, при выявлении атрофии слизистой оболочки желудка в лучшем случае можно надеяться на то, что после эрадикации пилорического хеликобактера процесс не будет прогрессировать. Однако с конца 90-х гг. прошлого века начали появляться сообщения о возможности обратного развития атрофии после эрадикации инфекта. Чтобы иметь ответ на принципиально важный вопрос: какие особенности атрофического гастрита следует связать с перспективой малигнизации, а какие могут свидетельствовать о возможности его обратного развития, очевидна необходимость совершенст-

Для контактов: Саранцев Борис Валентинович, тел. раб. 8(831)421-33-48.

ования классификации атрофического гастрита, а также связанной с ней методологии его диагностики.

В 2005 г. двое видных патологов — М. Ruge (Италия) и R. Genta (США) — предложили использовать для классификации гастрита, оценки его степени и стадии систему, давно и с успехом применяемую в классификации гепатитов. Под степенью гастрита понималась выраженность воспалительной инфильтрации, под стадией — выраженность атрофии. По аналогии с классификацией гепатита такая система должна была дать достаточно полную характеристику гастрита и отразить его динамику: от обратимого воспаления на одном полюсе до выраженной атрофии, ассоциированной с повышенным риском рака желудка, на другом. Подобно тому, как стадия гепатита отражает его путь к циррозу, так и стадия гастрита отражает риск развития рака желудка.

В 2005 г. была образована новая международная группа, включающая в себя ряд известных патологоанатомов и клиницистов, которая разработала систему определения стадий гастрита под названием OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). В ней использован интегральный подход с оценкой гистологической выраженности атрофии в антральном отделе и теле желудка с определением баллов в каждой биоптате. При этом принимается во внимание следующее обстоятельство: чем сильнее выражена атрофия и больше объем поражения, тем выше риск развития рака желудка. В 2007—2008 гг. появился ряд работ по результатам применения системы OLGA, в которых показано, что у больных раком желудка преобладают III и IV стадии развития гастрита, в то время как стадий 0 и I не обнаружено. Таким образом, если при биопсии найдены III либо IV стадии, то больного следует включать в группу риска развития рака желудка, что влечет за собой применение иных подходов к ведению больного и мероприятий, относящихся к диспансеризации. Система OLGA позволяет судить о динамике гастрита, проводить корреляции с неинвазивными методами диагностики.

Для практического использования упомянутой международной группой разработана визуально-аналоговая шкала, работа с которой происходит следующим образом: изучают 5 биоптатов, взятых из тела и антрума (по 2 биоптата) и с угла желудка (1 биоптат), определяют в каждом из них процент атрофированных желез, а потом переводят проценты в баллы, используя схему, согласно которой нет атрофии — 0 баллов, атрофия до 30% — 1 балл, 31—60% — 2 балла, больше 60% — 3 балла. Затем новые данные в баллах сопоставляют с разработанными таблицами, в результате чего получают оценку степени атрофии, т.е. стадии развития гастрита — от 0 до IV.

Степень развития гастрита оценивают отдельно в тех же биоптатах по совокупной интенсивности лимфоплазмозитарной и лейкоцитарной инфильтрации в

соответствии с визуально-аналоговой шкалой и также выражают в соответствии с таблицей ее оценки в градациях от 0 до IV.

В декабре 2009 г. В Нижегородском областном клиническом диагностическом центре было принято решение сформировать рабочую группу, состоящую из 2 эндоскопистов, 1 патолога и 1 гастроэнтеролога, для апробирования системы OLGA в условиях работы НОКДЦ. В настоящий момент изучено чуть более 20 больных. Конечно, данное количество пациентов не позволяет достаточно полно и всесторонне судить о преимуществах, эффективности или о недостатках данной системы, но даже сейчас можно говорить о целесообразности ее использования. У больных с разными анамнестическими и клиническими данными установлены различные стадии развития гастрита — от I до IV, характеризующиеся разнообразными комбинациями с его степенью, что дает возможность говорить о необходимости более индивидуализированного подхода к ведению больных и осуществлению мероприятий диспансерного порядка. Уже можно вполне уверенно судить о том, что кажущаяся на первый взгляд громоздкость и сложность описанных выше интегральных подсчетов гистологических критериев, относящихся к атрофии и инфильтрации, достаточно быстро преодолевается в ходе выработки определенного навыка при просмотре гистологических препаратов, так как предложенные визуально-аналоговые стандарты хорошо адаптированы для работы практического патологоанатома. При этом мы сохранили алгоритм гистологической оценки биоптатов, присущий Сиднейской системе, и соответствующую ей формулировку диагноза, так как применение системы OLGA в «чистом» виде исключает понятие активности воспаления с выделением ее степеней, что, на наш взгляд, является неоправданным с клинической точки зрения. Нам представляется, что таким образом будет сохранена как бы преемственность этих двух систем, выработано единое целое без наличия какого бы то ни было антагонизма.

Главный вывод нашей работы: система OLGA вполне применима к условиям практической деятельности гастроэнтерологов, эндоскопистов и патологоанатомов, но только в том случае, если будут строго соблюдаться принципы комплексности в использовании системы с неуклонным соблюдением стандартов забора материала и его интегральной оценки в процессе гистологического исследования, что представляется вполне реальным при наличии четкого взаимодействия указанных специалистов.

Работа в этом направлении в НОКДЦ будет продолжена и далее с выработкой методических и организационных рекомендаций для применения в системе здравоохранения нашего региона, что, на наш взгляд, будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи контингенту больных с профильной патологией.