



Б.А. Насибуллин, Н.В. Драгомирецкая, И.Б. Заболотная, А.Н. Ижа

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ПАТОЛОГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии

Ключевые слова: слизистая желудка, гастрит, биопсийные исследования

Авторы по результатам исследований 33 больных с поражением разных отделов гастроудоденальной системы (эндоскопические наблюдения и микроскопия биоптатов) установили, что при поражении всех этих отделов в слизистой желудка развиваются верифицированные патологические изменения. По характеру эти изменения могут быть отнесены к воспалительно-атрофическим. Авторы полагают, что атрофические изменения слизистой желудка присущи разным нозологическим формам поражения ЖКТ. Авторы полагают, что этот факт надлежит учитывать при разработке схем лечения ЖКТ-патологии.

Одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии является высокий уровень заболеваемости хронической гастроудоденальной патологией. До настоящего времени мало внимания уделяется проблемам хронических гастритов с секреторной недостаточностью, в том числе хронического атрофического гастрита, который является фактором риска канцерогенеза желудка [1,4,8,9,10]. Многочисленные исследования показали, что риск развития рака желудка повышается параллельно тяжести атрофического гастрита, а вероятность развития рака желудка коррелирует со степенью атрофических изменений [2,3,5-7]. В силу вышесказанного, вопросы патогенеза, морфогенеза и коррекции предраковых состояний являются важной задачей, стоящей перед современной гастроэнтерологией.

Сегодня основное внимание при изучении вопросов патогенеза атрофических изменений слизистой оболочки желудка уделяется H-pylori и его влиянию на репаративные процессы в слизистой желудка, активность метаболических процессов в париетальных клетках ее, на состояние функции начальной активности этих клеток.

Хотя гастроудоденальная система представляет собой целостную функциональную систему, имеющую общую регуляцию и, соответственно, отвечающую на патологическое влияние скоординированными физиологическими, метаболическими, репаративными реакциями [2], мы в доступной литературе не встретили данных об изменении в слизистой оболочке желудка при развитии патологического процесса в ближайших отделах гастроудоденальной системы.

Цель работы – выявление морфологических изменений слизистой желудка при поражении ближайших отделов гастроудоденальной системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Материалом настоящего исследования послужили данные комплексного макро-микроскопического исследования слизистой органов верхней части желудочно-кишечного тракта у 33 больных, обследованных в гастроэнтерологическом отделении санатория им. Горького. Среди обследованных 12 человек (36,4%) были мужчины и 21 (63,6 %) – женщины.

Средний возраст мужчин – 58,7±12,0 лет; женщин – 46,5±14,41 год. Основным клиническим диагнозом в 8 случаях был хронический эзофагит; в 9 случаях – хронический атрофический гастрит; у 7 больных основной диагноз – хронический дуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс; в 1 случае это были рубцово-деформирующие изменения привратника; 8 случаях – поверхностный хронический гастрит.

Макроскопическая оценка состояния слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки осуществлялась в процессе эндоскопического исследования, осуществляемого при помощи эндоскопа фирмы "Olympus".

В процессе эндоскопического исследования из слизистой тела желудка осуществлялся забор язвенного биоптата. Биоптат фиксировали в 4 % растворе параформальдегида, обрабатывали по ускоренной схеме проводки и заливали в целлоидин.

Из целлоидиновых блоков изготовляли срезы толщиной 5-7 мкм, которые окрашивали гематоксилин-эозином. Полученные препараты исследовали в световом микроскопе с оценкой состояния стромы слизистой; состояния желудочного эпителия: структуры желез и их выводных протоков.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований мы будем излагать по группам, соответствующим основному клиническому диагнозу.

Первую такую группу составили лица, основным диагнозом у которых был атрофический гастрит.

При эндоскопическом исследовании слизистая пищевода розовая, обычного вида, в нижней трети окраска ее несколько слабее, чем в верхних отделах. Размеры и форма желудка не изменены по сравнению с данными здоровых людей. Содержимое желудка небольшое по объему, в основном прозрачное, хотя в отдельных случаях отмечается присутствие желчи. Складки слизистой тела желудка среднего калибра, легко расправляются при инфузии воздухом. Слизистая розового цвета, пятнистая – участки разной интенсивности окраски чередуются. Определяются участки (разных размеров у разных людей), на которых слизистая бледная, визуальна истончена. Опре-



деляются также участки с гиперплазией эпителия.

При микроскопическом исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружено отечное набухание стромы; гиперплазия эпителия железистых протоков, однако не сплошное, а очаговое; атрофия эпителия части желез, участки слизистой с дисплазией желез I и II степени. В строме помимо отечного набухания имеет место диффузная лимфоцитарная инфильтрация и увеличение содержания фиброзных волокон.

Макроскопические (эндоскопические) исследования больных с основным клиническим диагнозом – *хронический эзофагит* выявили следующее. При исследовании пищевода отмечается розовая окраска слизистой, неравномерная – участки более интенсивной окраски соседствуют с бледными участками. На поверхности слизистой определяется белесоватый налет, протяженность участков с налетом разная у разных больных. В отдельных случаях на поверхности слизистой пищевода определялись единичные неглубокие эрозии размером до 0,5 см.

Макроскопическое исследование желудка у этих больных показало, что форма и размеры желудка не изменены, по сравнению со здоровыми людьми. Складки слизистой среднего калибра полностью расправляются при инфузии воздухом. Содержимое желудка достаточно скудное прозрачное, в отдельных случаях может быть загрязнено желчью. Слизистая желудка бледно-розового цвета. Имеют место линейные участки гиперемии, либо небольшие участки с неровной поверхностью (феномен "брусчатки"). В некоторых случаях слизистая набухшая разрыхленная.

Микроскопическое исследование биоптатов тела желудка показало, что в строме имеют место небольшие участки неплотной инфильтрации лимфоидными элементами и гистиоцитами. Сосуды слизистой частью спазмированы, частью застойно полнокровные. Часть желез деформирована. Наблюдаются атрофические изменения желез. Выводные протоки удлиняются, в части из них явления метаплазии. В покровном эпителии обнаруживаются бокаловидные клетки.

В следующей группе больных, объединенных основным диагнозом – *"хронический поверхностный гастрит"*, проводили макроскопическое исследование желудка, которое показало, что форма и размеры его соответствуют норме. На слизистой определяются складки среднего калибра, полностью расправляющиеся при инфузии воздухом. Содержимое желудка скудное, мутноватое. Слизистая гиперемирована, определяются участки с неровной поверхностью, участки с визуальным истончением слизистой, местами слизистая покрыта белесоватым налетом.

Микроскопическое исследование биоптатов из тела желудка выявили следующее.

В строме слизистой плотная, диффузная, обильная инфильтрация лимфоидными элементами. Объем стро-

мы визуально увеличен. Сосуды застойно полнокровные; имеет место атрофические изменения железистого эпителия. Местами гиперплазия эпителия протоков. В некоторых случаях имеет место увеличение объема фиброзных волокон.

Следующей группой обследованных были лица с основным диагнозом – *хронический дуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс*. Макроскопическое исследование (эндоскопия) двенадцатиперстной кишки выявило гиперемию ее слизистой, окраска пятнистая, т.е. соседние участки обладали разной интенсивностью окраски. Поверхность слизистой покрыта вязкой желчью или белесоватой густой слизью.

Микроскопическое исследование биоптатов выявило картину хронического воспаления.

При эндоскопическом исследовании желудка установлено, что форма и размеры желудка соответствуют норме. Содержимое желудка скудное, в части случаев прозрачное, в части загрязнено желчью. Складки слизистой желудка среднего калибра, полностью расправляются при инфузии воздухом. Слизистая имеет бледно-розовую, пятнистую окраску. Определяются участки очень бледной, почти белесоватой окраски, визуальным истонченными.

Микроскопия биоптатов слизистой тела желудка выявила увеличение объема стромы, набухание ее, значительное увеличение содержания фиброзных волокон в ней. В участках с истонченной слизистой количество желез снижено. Сосуды слизистой оболочки единичны, стенки их фиброзно утолщены. Железы округлой формы, высота эпителиоцитов визуальным снижена, ядра небольшие округлые, плотные. Выводные протоки желез удлинены.

При макроскопическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки единственный больной с диагнозом - рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки в луковице 12-ти перстной кишки выявлено наличие рубца на слизистой оболочке на 9-и часах. Других изменений не выявлено. Микроскопия биоптата показала увеличение доли фиброзных волокон в строме и наличие небольших очагов гистиоцитарных скоплений.

Микроскопическое исследование желудка не выявило изменений размеров тела желудка, его формы, складчатости слизистой. На слизистой зафиксированы участки гиперемии. При микроскопии биоптатов тела желудка выявлена очаговая инфильтрация гистиоцитами стромы расширение и полнокровие сосудов, удлинение протоков желез, базофилия цитоплазмы эпителиоцитов.

Таким образом, по данным макро- и микроскопии развитие патологических процессов в гастродуоденальной части желудочно-кишечного тракта независимо от того, в каком из отделов проявляются основные клинические нарушения, сопровождается патологическими изменениями слизистой оболочки желудка. По своему характеру эти изменения можно



относит к воспалительно-атрофическим. Макроскопическим подтверждением характера изменений слизистой, при поражении разных отделов гастродуоденальной части ЖКТ можно считать: пятнистость окраски слизистой, наличие ее бледных истонченных участков, явление гиперемии, наличие участков гиперплазии слизистой. Более убедительное подтверждение воспалительно-атрофического характера изменений слизистой дают микроскопические исследования биоптатов: разной интенсивности лимфо-гистиоцитарные инфильтраты в строме слизистой; удлинение протоков желез; снижение плотности распределения желез; метаплазия эпителия, базофилия железистого эпителия, изменение тонуса сосудов.

Наличие атрофически-воспалительных изменений в слизистой желудка при поражении различных отделов ЖКТ требует, на наш взгляд, внесения корректив в существующие схемы и поиска новых лечебных факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я., Протас Ю.В. - Хронический атрофический гастрит - точка отсчета начала канцерогенеза // Сучасна гастроентерологія - 2005. - №5 (25) - С. 9-14.
2. Баранская Е.К., Ивашкин В.Т. - Клинический спектр предраковой патологии желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2002. - №4. - С.7-14.
3. Кашин С.В., Надеждин А.С., Иваников И.О. Атрофія, метаплазія, дисплазія - фактори ризику розвитку рака желудка: обратимы ли эти изменения слизистой оболочки? // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гематологии. - 2006. - №2. - С.12-14.
4. Кочан Е.А. Патоморфология предрака // Российский журнал гастроэнтерологии, гематологии и колопроктологии. - 2002. - №5. - С.54-58.
- 4-а. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. С.1., Эли-СПб, 1999. - С.273-351.
5. Маев И.В., Зайратьянц О.В., Кучерявый Ю.А. - Кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка в практике гастроэнтеролога: современный взгляд на проблему. // Российский журнал гастроэнтерологии, гематологии и колопроктологии. - 2006. - №8. - С.38-47.
6. Минушкин О.Н., Бурков С.Г., Бурдина Е.Г., Сербов А.М. - Некоторые аспекты взаимосвязи геликобактерной инфекции, колипозан рака желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гематологии и колопроктологии. - 2001. - №3. - С.7-10.
7. Пиманов С.И., Макаренко Е.В., Воропаева А.В., Матвеев М.Е. - Динамика морфологических и функциональных характеристик слизистой оболочки желудка после эрадикации *Helicobacter pylori* у больных с язвой двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. - 2006. - №2. - С. 17-21.
8. Роккас Ф. - Инфекция *Helicobacter pylori* как фактор риска рака желудка: современные доказательства // Российский журнал гастроэнтерологии, гематологии и колопроктологии. - 2002. - №3. - С. 66-70.
9. Rugge V, Busatto J., Cassaro M. et al. - Patients younger than 40 years with gastritis carcinoma *Helicobacter pylori* genotype at associated gastritis phenotype. // *Cancer*. - 1999. - v.85. - P. 2506-2511.
10. Sipponen P., Marshall B.J. - Gastritis and gastric cancer western countries // *Gastroenterol. Clin. North Am.* - 2000. - v.29. - P. 579-592.

Поступила 20.02.2008г.

Б.А. Насібуллін, Н.В. Драгомирецька, І.Б. Заболотна, А.Н. Іжа

Оцінка стану слизової шлунку в умовах патології гастродуоденальної системи (морфологічна характеристика)

Автори за результатами дослідження 33 хворих з ураженням різних відділів гастродуоденальної системи (ендоскопічні спостереження та мікроскопія біоптатів) встановили, що при ураженні усіх цих відділів в слизовій оболонці шлунку розвиваються верифіковані патологічні зміни. За характером ці зміни в слизовій оболонці шлунку мають місце при різних нозологічних формах ураження ШКТ. Автори вважають, що цей факт належить враховувати при розробці схем лікування ШКТ-патології.

Ключові слова: слизова шлунку, гастрит, біопсійні дослідження

B.A. Nasibullin, N.V. Dragomirezchka, I.B. Zabolotnaya, A.N. Izgha

Grade of state of mucous coat of stomach in conditions of pathology gastroduodenostome system (morphological description)

Authors by results of researches of thirty-three patients with defeat of different departments esofagogastroduodenal systems (endoscopic supervision and microscopy of biostalemates) have established that at defeat of all departments the verified pathological changes develop. On character these changes are inflammatory and atrophic.

Authors believe, that atrophic changes of a mucous membrane of a stomach are inherent different nosologic forms to defeats esofagogastroduodenal systems that it is necessary to consider by development of schemes of treatment of pathology of a gastroenteric path.

Key words: mucous coat of stomach, gastritis, bioptic researches

Сведения об авторах:

Насібуллін Борис Абдуллаевич, д.мед.н., профессор, главный научный сотрудник Укр. НИИ мед. реабилитации и курортологии;

Драгомирецька Наталя Владимировна, д.мед.н., профессор, главный научный сотрудник Укр. НИИ мед. реабилитации и курортологии;

Заболотная Ирина Борисовна, к.мед.н., научный сотрудник Укр. НИИ мед. реабилитации и курортологии;

Іжа Анна Николаевна, младший научный сотрудник Укр. НИИ мед. реабилитации и курортологии.

Адрес для переписки:

Насібуллін Борис Абдуллаевич, 65023, г. Одесса, Нежинская 56, кв. 7. Тел.: 726-26-21