

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Вернигородский С.В., 2014
УДК 616.33 – 002:612.326

**АНАЛИЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ЖЕЛУДКА И ИХ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ**

С.В. ВЕРНИГОРОДСКИЙ

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
г. Винница

**STRUCTURAL CHANGES OF THE MUCOUS MEMBRANE
OF THE STOMACH AND THEIR PECULIARITIES IN CHRONIC GASTRITIS**

S.V. VERNYGORODSKYI

Department of Pathological Anatomy, Forensic Medicine and Law, Vinnitsa National
Pirogov Memorial Medical University

На основе патоморфологического анализа гастробиопсий изучены структурные изменения слизистой оболочки желудка (СОЖ) в разных возрастных группах. Установлено преобладание хронического неатрофического интерстициального гастрита в молодом возрасте с умеренной степенью дисплазии железистого эпителия. Полученные результаты могут служить дополнительными критериями для дифференциальной диагностики различных морфологических форм хронических гастритов.

Ключевые слова: гастрит, слизистая оболочка желудка, возрастные группы.

The structural changes of the gastric mucosa (GM) in different age groups were studied on the basis of pathologic analysis of gastrobiopsies. Prevalence of chronic non-atrophic interstitial gastritis at a young age with moderate dysplasia of the glandular epithelium was established. The obtained results may serve as additional criteria for the differential diagnosis of different morphological types of chronic gastritis.

Keywords: gastritis, gastric mucosa, age groups.

Введение

Одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения занимает патология желудка. По результатам эпидемиологических массовых обследований хронический гастрит обнаруживают более чем в 50 %-80 % взрослого населения индустриально развитых стран. Следует подчеркнуть, что формирование хронического гастрита, дуоденита и язвенной болезни примерно в 60-70% наблюдается в молодом возрасте (20-30лет) и преимущественно у мужчин [3].

Хронический гастрит (ХГ) у молодых людей характеризуется разнообразными формами. Выделяют хронический неатрофический и атрофический антральный гастрит, тела желудка, пангастрит, очаговый и диффузный. Хронический неатрофический гастрит в зависимости от глубины поражения может быть поверхностный и глубокий (интерстициальный). В отличие от больных молодого возраста среди больных пожилого возраста ХГ чаще встречается и имеет диффузный атрофический характер, который следует рассматривать как конечный этап прогрессирующего течения любого варианта ХГ. Хеликобактер пилори (НР) ассоциированный хронический гастрит составляет большинство всех существующих сегодня типов гастрита и занимает от 75 % до 85 % в структуре хронических гастритов. Одной из важных эпидемио-

логических особенностей ХГ является их предраковый потенциал. Так при нормальной структуре слизистой оболочки желудка (СОЖ) десятилетний риск возникновения рака желудка составляет менее 1%, при хроническом аутоиммунном гастрите с выраженной атрофией – 1-9 %, а при НР-ассоциированном хроническом гастрите с выраженной атрофией – 4-30 % [1]. В связи с этим функционально-морфологическое изучение желудка при различных типах ХГ у молодых людей дает возможность предусмотреть возможные варианты дальнейшего развития патологии, провести патогенетическое лечение и предупредить прогрессирование болезни.

Неоднородность клинической симптоматики послужила основанием для ряда авторов сделать вывод, что ХГ не имеет характерной клинической картины, а некоторые авторы вообще отвергают какую-либо значимость клинической симптоматики в диагностике этого заболевания. В настоящее время считается, что "хронический гастрит" понятие морфологическое, и о наличии его можно говорить только когда он обнаружен при морфологическом исследовании [1]. Но клиницисты редко назначают гастроскопическое исследование, а если оно проводится – то при получении результатов не всегда правильно выбирают дальнейшую тактику лечения [5]. Частота распро-

странности различных морфологических форм хронического гастрита в различных возрастных группах изучена недостаточно.

Цель исследования

Поэтому целью нашего исследования было изучение, согласно Модифицированной Сиднейской системы, морфологических особенностей хронического гастрита в разных возрастных группах.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели было обследовано 150 человек на базе гастроэнтерологического отделения Военно-медицинского центра Военно-воздушных сил (ВМЦ ВВС) Украины. Пациенты в зависимости от возраста были разделены на 3 группы: 24-35 лет, 35-45 лет, 46 и > (табл. 1). Проводилось общепринятые клиниче-

ские обследования и гастроскопическое исследование с прицельной биопсией аппаратом фирмы "Pentax" тип FJ – 24P. Биопсия СОЖ бралась с малой и большой кривизны тела и антральной части по 2 кусочка с каждого отдела и по 1 кусочку с угла желудка с учетом требований модифицированной Сиднейской системы диагностики ХГ. Материал фиксировали в 10 % нейтральном растворе формалина с последующей парафиновой проводкой и серийными срезами. Препараты окрашивали гематоксилин – эозином, а также применяли пикрофуксин и ШИК-реакцию. Для выявления НР срезы окрашивались по методу Гимзе. Хеликобактерный статус дополнительно оценивался с помощью быстрого уреазного теста и цитологического исследования [4]. Степень контаминации СОЖ НР оценивалась по Л.И. Аруину [2].

Таблица 1

Распределение больных с хроническим гастритом по группам в зависимости от их возраста

Морфологические варианты	24-35 n=54		35-45 n=69		45 и > n=27		Всего n=150	
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
Нормальна слизистая оболочка желудка	5	9,3	4	5,8	-	-	9	6
Хронический неатрофический поверхностный гастрит	10	18,5	6	8,7	2	7,4	18	12
Хронический неатрофический поверхностный активный гастрит	13	24,1	8	11,6	1	3,7	22	14,7
Хронический неатрофический интерстициальный (глубокий) гастрит	10	18,5	25	36,2	12	44,4	47	31,3
Хронический неатрофический интерстициальный активный гастрит	14	25,9	22	31,9	4	14,8	40	26,7
Хронический атрофический гастрит	2	3,7	4	5,8	8	29,6	14	9,3

Характеристика основных морфологических признаков поражения СОЖ

Морфологические признаки	ХНПГ		ХНИГ		Асс. с НР	ХА Г	Норма СОЖ
	На	Акт	На	Акт			
1.Состояние покровно-ямочного эпителия:							
1.1 дистрофические изменения	+	+	+	+	+	+	±
1.2 нарушения клеточной регенерации	+	+	+	+	+	+	-
1.3 фовеолярная гиперплазия	±	+	±	±	±	±	-
1.4 инфильтрация лейкоцитами	-	+	-	+	±	-	-
1.5 инфильтрация лимфоцитами	+	+	+	+	+	+	-
1.6 плазмоцитарная инфильтрация	+	+	+	+	+	+	-
1.7 эозинофильная инфильтрация	±	±	±	±	±	±	-
1.8 метаплазия	±	±	±	±	±	±	-
1.9 дисплазия	±	±	±	±	±	±	-
2.Состояние собственной пластинки СОЖ							-
2.1 инфильтрация лейкоцитами	*±	*+	-	+	±	-	-
2.2 лимфо-плазмоцитарная инфильтрация с ↑ ЛФ	*+	*+	+	+	+	+	-
2.3 лимфо-плазмоцитарная инфильтрация с ↑ ПЦ	*+	*+	+	+	+	+	-
2.4 эозинофильная инфильтрация	*±	*±	±	±	±	±	-
2.5 макрофагальная инфильтрация	*±	*±	+	+	±	+	-
2.6 наличие или увеличение количества лимфоидных фолликулов со светлыми герминативными центрами	-	-	±	±	+	±	
2.7 отек	*±	*+	±	±	±	±	-
3.Состояние желез:							-
3.1 гиперплазия шеечных мукоцитов	-	-	±	±	±	-	-
3.2 гиперплазия обкладочных клеток	-	-	±	±	±	±	-
3.3 гиперплазия главных клеток	-	-	±	±	±	±	
3.4 инфильтрация лимфоцитами	-	-	±	±	±	±	-
3.5 инфильтрация плазмocyтocyтами	-	-	±	±	±	±	-
3.6 инфильтрация лейкоцитами	-	-	-	+	±	-	-
3.7 десквамация эпителия	-	-	±	±	±	±	-
3.8 исчезновения желез с их заменой соединительнотканнocyтocyными элементами	-	-	-	-	-	+	-
3.9 замена главных и обкладочных клеток слизистocyтocyными	-	-	-	-	-	+	-
3.10 замена главных желез пилорическocyтocyными	-	-	-	-	-	+	-
3.11 метаплазия	-	-	±	±	±	±	-
3.12 дисплазия	-	-	±	±	±	±	-

Примечание: * - в пределах шеечных отделов желез, дистрофические изменения: зернистая или вакуолярная дистрофия цитоплазмы, пикноз ядер; нарушение клеточной регенерации: увеличение количества митотически активных клеток, удлинение ямок, изменение расположения и базофилия ядер. ↑ ЛФ – с преобладанием лимфоцитов, ↑ ПЦ – с преобладанием плазмocyтocyтов.

ХНПГ – хронический неатрофический поверхностный гастрит;

ХНИГ – хронический неатрофический интерстициальный гастрит.

Акт. - активный, На – неактивный.

ХАГ – хронический атрофический гастрит.

Асс. с НР – ассоциированный с хеликобактерной инфекцией.

СОЖ – слизистая оболочка желудка

+ постоянный признак, ± встречается не всегда, – не характерный признак.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов свидетельствует о том, что среди 150 обследованных пациентов нормальная СОЖ и слабая степень контаминации наблюдалась у 9 (6%) при этом у 5 человек был положительный уреазный тест и обнаружена НР. В таблице 2 приведены основные морфологические критерии с помощью которых устанавливался вариант хронического гастрита.

Хронический неатрофический поверхностный гастрит (ХНПГ) был обнаружен у 40 (26,7 %) больных среди общего количества обследованных и преобладал в возрасте 25-35 лет (таблица 1). Гистопатологическая картина характеризовалась следующими морфологическими изменениями: среди 40 больных с ХНПГ у 1/3 (33,3 %) отмечалось преобладание дистрофических изменений над дисрегенераторными, что проявлялось: зернистой и вакуольной дистрофией цитоплазмы покровно-ямочного эпителия (ПЯЭ), в отдельных местах в ямочном эпителии мукоид занимал почти всю цитоплазму, оттесняя ядра к базальной части. Местами ямки были кистоподобно растянуты ШИК – положительной слизию.

У 2/3 (66,7 %) больных преобладали дисрегенераторные процессы над дистрофическими и проявлялись: уплощением поверхностного эпителия с незначительным содержанием слизи,

зернистостью и базофилией цитоплазмы дистрофически измененного эпителия, смещением ядер в апикальном направлении, некоторые ядра были округлые, в виде пузырьков, некоторые с пикнозом. Наряду с дистрофическими и дисрегенераторными изменениями ПЯЭ для неатрофического гастрита была характерна инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка различными клеточными элементами с разной распространенностью и глубиной. Так, у 7 (38,9 %) среди 18 больных с ХНПГ (неактивным) наблюдалась лимфо-плазмочитарная инфильтрация преимущественно в зоне щеечных отделов пилорических желез, межямковой стромы валиков. У 11 (61,1 %) среди 18 больных с ХНПГ (неактивным) наблюдалась плазмочитарно-лимфоцитарная, с преобладанием плазмочитов в зоне щеечных отделов пилорических желез и межямковой стромы валиков. Железы, как правило, были расположены компактно без воспалительной реакции. У 22 (14,7 %) среди общего количества обследованных был выявлен хронический поверхностный активный гастрит, для которого характерно преобладание лейкоцитарной инфильтрации ПЯЭ и субэпителиальных отделов, иногда с формированием абсцессов и эрозий. Хронический неатрофический интерстициальный гастрит (ХНИГ) был обнаружен в большинстве случаев 87 (58 %) среди

общего количества, преобладал в возрасте 36-45 лет и характеризовался следующими морфологическими изменениями: железы были раздвинуты воспалительными инфильтратами в которых преобладали лимфоциты или плазмциты, воспалительные элементы инфильтрировали их спинки, проникая сквозь эпителий в просвет желез и разрушали стенки. В 40 (45,9 %) среди 87 больных с ХНИГ наблюдали хронический неатрофический интерстициальный активный гастрит. При этом гастрите следует отметить инфильтрацию ПЯЭ нейтрофильными лейкоцитами с диапедезом их в просветы ямок. В 18 % случаев выявлены лейкоцитарные инфильтраты с формированием субэпителиальных и "крипт – абсцессов", т.е. преобладали больные со второй степенью активности гастрита. Наряду с воспалительной инфильтрацией у больных как с активным ХГ, так и с неактивным у 32,3 % среди 87 больных наблюдали дисплазию ПЯЭ и железистого эпителия преимущественно умеренной степени. Хеликобактерная инфекция была диагностирована у 112 (74,6 %) среди общего количества обследованных. У некоторых больных, 14 человек (9,3 %) среди 150, обнаружен хронический атрофический гастрит (ХАГ), который характеризовался наряду с дистрофическими и дисрегенераторными процессами в железистом эпителии, утончением СОЖ, уменьшением в размерах, морщинистостью и

сплющиванием преимущественно слизистых мукоцитов, которые плохо окрашивались и местами были в виде мелкозернистых, бесформенных масс. Собственная пластинка слизистой оболочки была расширена, в результате разрастания на месте желез соединительной ткани, что было хорошо заметно при окраске пикрофуксином по ван-Гизону. У 9 (64,3 %) среди 14 с ХАГ наблюдали дисплазию умеренной степени и неполную толстокишечную метаплазию ПЯЭ и железистого эпителия. Таким образом, на основе проведенных исследований у 141 больного с морфологически подтвержденным диагнозом ХГ следует отметить преобладание хронического неатрофического гастрита над атрофическим, который встречался у 127 (90 %) пациентов. Среди хронического неатрофического гастрита чаще наблюдался интерстициальный гастрит 87 (58 %) случаев, который в 32,3 % больных сопровождался дисплазией ПЯЭ и железистого эпителия средней степени.

Выводы

1. Нарушение регенераторных процессов в СОЖ, наряду с дистрофическими изменениями эпителия и воспалением, по нашему мнению является одним из основных условий для постановки диагноза хронического гастрита.

2. Преобладание хронического неатрофического интерстициального

гастрита в молодом возрасте с умеренной степенью дисплазии железистого эпителия требует дальнейшего периодического морфологического контроля с целью установления распространенности и прогрессирования процесса, что позволит выделить группу риска больных с возможным развитием неопластического процесса.

3. В процессе первичного и контрольного этапа обследования больных целесообразно применять приведенные морфологические критерии хронических гастритов.

4. Необходимо более тесное сотрудничество врачей патогистологических лабораторий с клиницистами, что будет способствовать улучшению диагностики и дальнейшей тактики ведения больных с хроническими гастритами.

Литература

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М: "Триада-X", 1998. – 496 с.
2. Аруин Л.И. Оценка обсеменённости слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* и активности хронического гастрита / Л.И. Аруин, В.А. Исаков // Архив патологии. – 1995. – № 3. – С. 75-76.
3. Дорофеев Г.И. Гастроуденальные заболевания в молодом возрасте / Г.И. Дорофеев, В.М. Успенский. – М.: Медицина, 1984. – 160 с.
4. Медвецкий Є.Б. Спосіб забарвлення *Helicobacter pylori* в цитологічних препаратах / Є.Б. Медвецкий, І.О. Вільцанюк // Вісник морфології. – 2001. – Т. 7, №1. – С. 154-155.
5. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey / Yiqi Du [et al.] // BMC Gastroenterology. – 2014. – Vol. 14, № 21. – P. 1-21.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

С.В. Вернигородский – канд. мед. наук, доц. кафедры патологической анатомии с курсами судебной медицины и права Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

21018, г. Винница, ул. Пирогова, д. 5б.

Тел.: 380 (432)50-03-60.

E-mail: vernsot@rambler.ru.