

УДК 616.33—002+615.838

А. А. ТОРОСЯН, Л. Н. МКРТЧЯН

ПАТОМОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ
ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ «ДИЛИЖАН»

На биопсийном материале изучена патоморфология слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом до и после курсового лечения гидрохлоркарбонатной кальциево-железисто-натриевой минеральной водой «Дилижан». Как клинически, так и гистологически установлена эффективность указанной минеральной воды при гастритах с пониженной секрецией и кислотностью. При гастритах с повышенной секрецией и кислотностью применение минеральной воды «Дилижан» не эффективно, а в некоторых случаях противопоказано.

Хронический гастрит является весьма распространенным заболеванием, составляющим 50—60% всех заболеваний желудка [1].

В диагностике заболеваний желудка в настоящее время большое значение придается гастробиопсии слизистой оболочки желудка, которая осуществляется «слепым» и визуальным способом.

Исследования Геннинга и Витте [13], проведенные на большом материале (свыше 1000 гастробиопсий), показали, что биоптат, взятый из средней трети желудка, отражает состояние всей слизистой оболочки в области расположения главных желез. Известно, что в начальном периоде хронического гастрита изменения слизистой оболочки в основном носят очаговый, а в далеко зашедших случаях—диффузный характер. В последнем случае преобладает атрофический процесс, который охватывает всю поверхность слизистой оболочки желудка. Отмечается метаплазия поверхностного и ямочного эпителия в кишечный с появлением типичных бокаловидных клеток. Оставшиеся железы приобретают характер либеркюновых крипт [2, 12, 13].

По данным некоторых авторов [1, 4], между клиническим проявлением и морфологическим изменением желудка при хронических гастритах нередко отсутствует параллелизм. Так, например, снижение секреторной функции желудка, даже выраженное, не всегда коррелирует с уменьшением числа обкладочных клеток [2]. Более того, почти у 40% здоровых лиц при гастробиопсии обнаруживается суберфициальный гастрит вплоть до атрофии слизистой [10]. Но тем не менее многие клиницисты [1, 3, 7] считают, что хронический гастрит понятие клинко-анатомическое, характеризующееся рядом функциональных сдвигов и патоморфологическими изменениями слизистой оболочки желудка—

неспецифическим воспалительным процессом с постепенным развитием атрофии железистых структур.

Нами обследовано 50 больных хроническим гастритом, леченных минеральной водой «Дилижан». Вода назначалась в виде питья (курс лечения 28—30 дней) и многократного (8—12 раз) промывания желудка. На каждую процедуру расходовалось до 5 л минеральной воды (t 38°C).

У всех больных проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования, а также аспирационная биопсия из средней трети желудка до и после лечения. Биоптат получали «слепым» методом с помощью зонда Вуда в модификации Ц. Г. Масевича [1]. Полученные кусочки весом 18—25 мг фиксировались в 10%-ном растворе нейтрального формалина в течение 10 мин. Парафиновые срезы окрашивались гематоксилин-эозином.

Среди существующих подразделений морфологических изменений слизистой желудка мы руководствовались классификацией, предложенной Геннингом с сотр. [12], которая предусматривает возможность следующих гистологических состояний слизистой оболочки желудка: нормальная слизистая, морфологические признаки функциональных изменений, умеренный поверхностный гастрит, выраженный поверхностный гастрит, начальный атрофический гастрит и выраженный атрофический гастрит.

В предыдущих наших работах [5, 6] доказан стимулирующий эффект минеральной воды «Дилижан» на разные функции желудка у больных хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Повышается часовое напряжение желудочного сока как в нервнорефлекторной, так и химической фазах пищеварения, увеличивается дебит-час HCl, активность гастро-, уро- и плазмопепсина, а также суммарное количество хлоридов желудочного сока, нормализуется соотношение его белковых фракций, а именно мукопротеидов, мукопротеаз, уменьшается количество и вязкость желудочной слизи, повышается внутрижелудочная температура, нормализуются всасывательная, эвакуаторная, элиминационная и моторная функции желудка. Эти положительные сдвиги получены у больных с пониженной секрецией и кислотностью, в то время как минеральная вода «Дилижан» отрицательно сказывалась на состоянии больных с повышенной секрецией и кислотностью.

Для проведения клинико-анатомических параллелей полученные функциональные показатели были сопоставлены с результатами морфологических исследований слизистой оболочки желудка у этих же больных.

В табл. 1 приведены данные морфологического и клинического диагнозов хронического гастрита.

Как видно из таблицы, ни у одного из наших больных не была определена нормальная слизистая оболочка.

При гиперацидном и нормацидном состояниях отмечалось углубление и расширение желудочных ямок с дистрофическими изменениями

Таблица 1

Гистологическое заключение	Клинический характер хронич. гастрита				Всего больных
	гипера-цидтас	нормаци-дтас	гипаци-дтас	анааци-дтас	
Нормальная слизистая оболочка	—	—	—	—	—
Морфологические признаки функциональных изменений	5	1	—	—	6
Умеренный поверхностный гастрит	3	3	2	—	8
Выраженный поверхностный гастрит	1	1	4	1	7
Начальный атрофический гастрит	2	1	9	7	19
Выраженный атрофический гастрит	—	—	3	7	10

поверхностного эпителия в виде набухания и просветления цитоплазмы, стертости контуров ядра, появления в цитоплазме эпителиальных клеток, зерен и вакуолей. Подлежащая рыхлая соединительная ткань местами была инфильтрирована лимфо-гистиоцитарными элементами с примесью плазмочитов, нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов. Изредка можно было видеть поверхностные дефекты эпителия.

При выраженном поверхностном гастрите интенсивность указанных изменений становилась более наглядной, клетки покровного эпителия приобретали кубическую форму и еще более уплощались. При гипацидном, особенно анацидном, состоянии у 6 из 15 больных с гистаминрезистентной ахилией превалировали более или менее выраженные атрофические изменения слизистой оболочки желудка. В целом наши данные показывают, что имеется отчетливая корреляция между структурой слизистой оболочки желудка и количеством сецернирующей соляной кислоты. Такая закономерность описана и другими авторами [8, 9, 11, 14].

После курсового приема минеральной воды «Дилижан» наряду с отчетливыми изменениями в секреторной, кислотообразующей, пепсиновыделительной и двигательной функциях наблюдались заметные положительные сдвиги и со стороны гистоструктуры слизистой желудка. Так, у больных с анацидным и гипацидным состоянием клинический эффект от приема минеральной воды достигал 92%. У этих же больных, как правило, появляются обкладочные клетки или же их число возрастает, ослабевают дистрофические изменения в главных и добавочных клетках, четко дифференцируются отдельные клеточные элементы, уменьшается интенсивность воспалительной инфильтрации в собственно слизистом слое (рис. 1а, б, в).

У 28 из 36 больных с выраженным атрофическим гастритом данными морфологического исследования установлены дистрофические изменения обкладочных клеток с заметным уменьшением их числа. После лечения минеральной водой гистоструктура слизистой оболочки желудка нормализовалась у 10, значительно улучшилась у 14 и только у 4 больных с далеко зашедшими изменениями атрофического характера ощутимых положительных сдвигов не было отмечено.

Представляют особый интерес клинко-морфологические сопоставления у больных с нормацидным, особенно гиперацидным, гастритом. У них в основном обнаруживались функциональные, умеренно выраженные поверхностные изменения, которые коррелировали с клинко-ла-

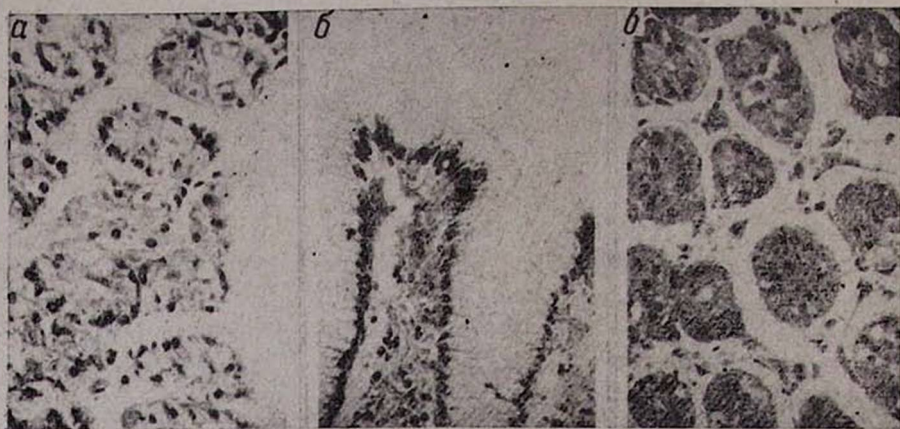


Рис. 1. Атрофический гиперацидный гастрит. а. До лечения. Железистый эпителий трудно дифференцируется, цитоплазма просветлена. б, в. После лечения. Поверхностный и ямочный эпителий высокопризматический, имеется большое число обкладочных клеток.

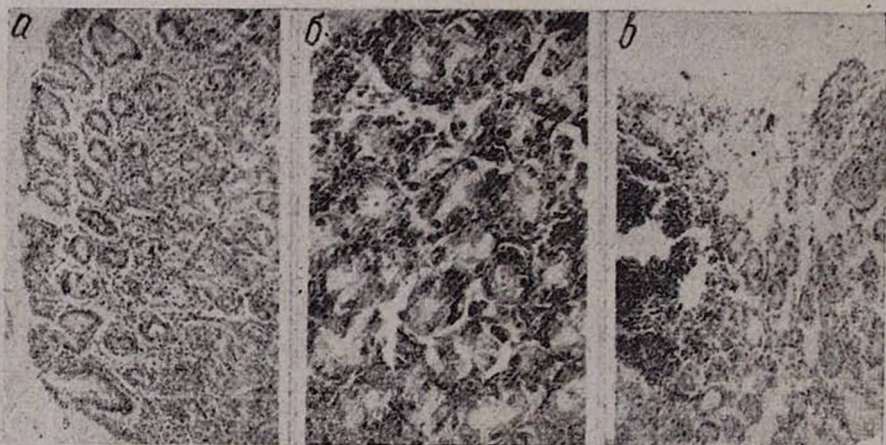


Рис. 2. Гиперацидный гастрит. а, б. До лечения. Умеренная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация, железы желудка богаты обкладочными клетками. в. После лечения. Массивная круглоклеточная инфильтрация собственно слизистой.

бораторными данными. Исходный фон гиперацидного состояния с гиперсекрецией и высокой ферментативной активностью под влиянием минеральной воды «Дилижан» в основном не изменился, а нередко даже стимулировалась секреция HCl, часовое напряжение желудоч-

ного сока и его ферментативная активность. Морфологически у этих же больных (всего 17) главные клетки находились в состоянии гиперсекреции, а со стороны обкладочных клеток отмечались пролиферативные изменения. Не угасали явления очаговой, а иногда и диффузной клеточной инфильтрации (рис. 2а, б, в).

Таким образом, наши клинические данные в отношении эффективности минеральной воды «Дилижан» при различных видах хронического гастрита во многом коррелируют с результатами морфологических исследований. Как клинико-лабораторные, так и морфологические данные указывают на высокую терапевтическую эффективность применяемой минеральной воды при гастритах с пониженной секрецией и кислотностью. При гастритах с повышенной секрецией и кислотностью минеральная вода «Дилижан» не дает эффекта, а в некоторых случаях ее применение противопоказано.

Кафедра патологической анатомии
Ереванского медицинского института
и Дилижанская гор. больница

Поступила 19/III 1973 г.

Ա. Ա. ԹՈՐՈՍՅԱՆ, Լ. Մ. ՄԿՐՏՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ՊԱԹՈՄՈՐՖՈԼՈԳԻԱՆ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԳԱՍՏՐԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ «ԴԻԼԻՋԱՆ» ՀԱՆՔԱՅԻՆ ՋՐՈՎ ԲՈՒԺԽԵՄԻՑ ԱՌԱՋ ԵՎ ՀԵՏՈ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Տարբեր սեկրետորային և թթվության խրոնիկական գաստրիտով տառապող 50 հիվանդների մոտ, կլինիկո-լաբորատոր մանրակրկիտ քննությունների հետ մեկտեղ, «Դիլիջան» հանքային ջրով բուժման ֆոնի վրա կատարվել են ստամոքսի լորձաթաղանթի մորֆոլոգիական քննություններ ասպիրացիոն բիոպսիայի եղանակով: Այս հանքային ջուրը բուժիչ ներգործություն է ունեցել գաստրիտների դեպքում, որոնք եղել են ցածր սեկրետորային, անացիդ և հիպացիդ պատկերով: Գերսեկրետորային և գերթթվության պայմաններում «Դիլիջան» հանքային ջուրը ոչ միայն անօգտակար է, այլև որոշ դեպքերում նույնիսկ հակացուցված:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Масевич Ц. Г. Предопухолевые заболевания желудка. М., 1969.
2. Рачвелишвили Б. Х. Гастробопсия в клинической практике. Тбилиси, 1969.
3. Рысс С. М. Болезни органов пищеварения. М., 1966.
4. Тихонов М. К., Арьев Л. М. Врачебное дело, 1970, 2, стр. 21.
5. Торосян А. А. Сб. трудов Ин-та курорт. и физиотер. им. проф. А. А. Акопяна, в. XIV. Ереван, 1970, стр. 65.
6. Торосян А. А. Лабораторное дело, 1971, 5, стр. 292.

7. *Туголуков В. Н.* Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и их клиническое значение. М., 1965.
8. *Baron J. H.* Gut., 1963, 4, 136.
9. *Gard W. J., Marks J. N.* Clin. Sci., 1960, 19, 147.
10. *Fillipe M. Y., Correia Y. P.* Gastroent., 1963, 1, 19.
11. *Fischermann K., Koster K. H.* Gut., 1962, 3, 211.
12. *Henning N., Heinkel K., Zandgraf J.* Dtsch. Med. Wschr., 1963, 88, 16, 807.
13. *Henning N., Witte S.* Dtsch. Med. Wschr., 1952, 1, 1.
14. *Tabagchalis S., Dawson A. M.* Gut., 1964, 5, 417.