

УДК 616.345—002.44

А. А. ШАХБАЗЯН, И. М. РЕМЕЗ

КЛИНИЧЕСКАЯ МОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЭВОЛЮТИВНЫХ ФОРМАХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

На основании динамического исследования больных неспецифическим язвенным колитом выделены основные эволютивные клинико-морфологические формы данной болезни.

С помощью систематических клинико-морфологических исследований диспансерных больных удалось выявить не только стадию, но и эволютивную форму, следовательно, и степень тяжести неспецифического язвенного колита.

Одним из важнейших вопросов в проблеме неспецифического язвенного колита (НЯК) является изучение прогностических вариантов болезни, эволютивных ее типов. От этого в большой мере зависит правильная организация лечебных мероприятий.

В результате динамического клинико-лабораторного, иммунологического и морфологического (путем аспирационной биопсии) обследования 144 больных НЯК, из коих 58 находились под диспансерным наблюдением в течение 6 лет, нами были выделены следующие основные эволютивные клинико-морфологические формы НЯК: 1) прогрессирующая, «агрессивная», она же непрерывная (острая и хроническая); 2) рецидивирующая: а) персистирующая и б) регрессирующая.

Прогрессирующая форма болезни встречается редко, это злокачественная форма НЯК, характеризующаяся непрерывным, упорно прогрессирующим течением, с средневыраженной активностью патологического процесса, приводящего рано или поздно к тяжелой инвалидности или смерти. При этой форме различают стадию разгара и неполной ремиссии.

Регрессирующая форма также встречается нечасто, это доброкачественная форма НЯК. По отношению к прогрессирующей форме она является противоположным эволютивным типом. Через ряд острейших обострений признаки ее постепенно, реже внезапно, ослабевают или полностью исчезают. При этой форме различают стадию неполной и полной ремиссии.

Персистирующая форма занимает промежуточное положение между рассмотренными эволютивными типами НЯК, хотя в стадии обострения эта форма болезни ближе примыкает к прогрессирующей. Однако принципиальное отличие этих двух форм НЯК состоит в том, что персистирующая форма, длительно рецидивируя, чаще эволюционирует в сторону регрессирующей, доброкачественной формы и редко перерастает в прогрессирующую, злокачественную форму.

В данной работе мы задались целью дать морфологическую характеристику язвенного колита на основании исследования биоптатов слизистой оболочки нижнего отдела толстой кишки, полученных путем аспирационной биопсии.

При прогрессирующей (непрерывной) форме достоверно чаще (особенно в разгаре обострения), чем при персистирующей и регрессирующей формах, встречаются язвенные поражения, обнажение базальной части эпителиального покрова (т. е. начальные признаки деструкции клеток в виде отрыва ее базальной мембраны), наложение гноя и крови на эпителиальных клетках, аденоматозная перестройка (гипертрофия и гиперплазия) желез, образование криптабсцессов и микроабсцессов (межкрипталых), преобладание нейтрофильной и лимфоцитарно-плазмочитарной инфильтрации, разрастание капиллярной сети (грануломатозной ткани), диффузные кровоизлияния, а также коллагенизация (участки склерозирования) собственной оболочки.

Наиболее многообразные отличительные морфологические признаки отмечаются в стадии разгара, прогностически неблагоприятные—при прогрессирующей и благоприятные—при регрессирующей формах болезни. Так, эрозии встречаются чаще при регрессирующей форме, а гиперсекреция, дедифференциация (упрощение структуры эпителия), атрофия (резкое уменьшение числа желез), отек собственной оболочки, застой в сосудистой системе—при прогрессирующей форме (P < 0, 05).

Отличительными структурными признаками для стадии разгара персистирующей и регрессирующей форм НЯК служат: появление эрозий и сочетание атрофических изменений в покровном слое с повышенной регенераторной активностью эпителиальных клеток (чаще встречается при регрессирующей форме), развитие язв, обнажение базальной мембраны эпителия, наложение слизи, особенно кровянистой, дедифференциация эпителия желез наряду с их атрофией, полиморфизм и появление криптабсцессов, а также преобладание нейтрофильной инфильтрации, появление микроабсцессов (межкрипталых), отека, разрастание сосудов (повышенного новообразования капилляров—грануломатозной ткани) и диффузные кровоизлияния (чаще при персистирующей форме).

Приведенные данные структурного изучения слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки позволяют дать морфологическую

характеристику основных эволютивных клинико-морфологических форм НЯК.

Клиническая морфология слизистой оболочки нижнего отдела толстой кишки при прогрессирующей форме характеризуется наличием выраженных деструктивных (дефекты слизистой оболочки, язвы, отрыв базальной части эпителиального слоя) и «агрессивных» инфильтративных (нейтрофильных) процессов с образованием криптабсцессов и межкрипальных микроабсцессов и кооперативным взаимодействием лимфоцитов, плазмоцитов и макрофагов.

Об «агрессивности», деструктивности указанной ассоциации иммуноцитов и фагоцитов свидетельствуют гистохимические данные о наличии непосредственного контакта между активированными (обогащенными РНК) лимфоцитами (тимус- и бурсозависимыми), плазмócитами и макрофагами (обогащенными шик-положительными гранулами в кислых и нейтральных мукополисахаридах), с измененной, часто разрушенной базальной мембраной эпителия и самих клеток. За счет этого при прогрессирующей форме НЯК возникают деструктивные эпителииты и криптабсцессы. Необходимо отметить также отсутствие в преобладающем большинстве случаев признаков повышенной регенераторной активности эпителия.

Приведенный морфологический субстрат иммунопатологических изменений у больных прогрессирующей формой НЯК обуславливает отсутствие полной ремиссии, указывает на неблагоприятный прогноз. Морфологическим аналогом прогрессирующей формы НЯК мы предлагаем назвать деструктивный («агрессивный») колит.

Клиническая морфология слизистой оболочки нижнего отдела толстой кишки у больных персистирующей формой НЯК в наших наблюдениях представлялась менее очерченной и в стадии обострения болезни в определенной степени напоминала прогрессирующую форму болезни. При данной форме на первый план выступали довольно выраженные сосудистые поражения в виде застоя крови и наличия кровянисто-слизистых наложений на эпителиальном покровном слое, а также развитие у половины больных деструктивно-инфильтративных изменений умеренной выраженности (язвенно-эрозивные дефекты слизистой оболочки, обильная нейтрофильная гиперплазия с появлением отдельных криптабсцессов, атрофические сдвиги в эпителии покровного слоя и желез). Однако при персистирующей форме отмечаются четкие признаки выраженной регенераторной активности эпителия (митозы, гиперхромазия ядер, многоядерность и пр.), что указывает на более благоприятное течение болезни в сравнении с прогрессирующей.

Исходя из сказанного, в качестве морфологического аналога персистирующую форму НЯК можно обозначить как инфильтративно-дистрофический колит. В этом обозначении подчеркнуты две характерные особенности морфологической картины слизистой оболочки толстой кишки при данной форме: 1) небольшая выраженность дест-

руктивных изменений, которые можно расценивать как дистрофические и 2) наличие инфильтрата, представленного в достаточной степени фагоцитарными клетками.

Регрессирующая форма НЯК характеризуется преобладанием в морфологической картине слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки признаков регенераторной, пролиферативной активности клеток, в частности клеток Панета, и ее гиперсекрецией, указывающей на их компенсаторный характер и, тем самым, на безусловно благоприятный исход данной формы болезни.

Морфологическая картина слизистой оболочки толстой кишки при регрессирующей форме НЯК аналогична таковой при пролиферативно-инфильтративном колите. У больных с этой формой болезни патологический процесс после отдельных рецидивов в конечном итоге затухает, т. е. из стадии неполной ремиссии переходит в стадию полной ремиссии с наступлением выздоровления.

Анализ полученного нами морфологического материала слизистой оболочки толстой кишки больных НЯК позволяет выделить следующие критерии основных стадий болезни. Для стадии обострения болезни характерно появление язв, нейтрофильной и лимфоцитарно-плазмочитарной инфильтрации с образованием у половины больных криптоабсцессов и реже — межкрипталых абсцессов, а также выраженные циркуляторные нарушения в виде отека, застоя крови и в части случаев различного рода кровоизлияний.

В стадии неполной ремиссии отмечаются явления повышенной регенераторной активности и лимфоцитарно-плазмочитарной инфильтрации. С наступлением полной ремиссии преобладают пролиферативные, регенераторные сдвиги, указывающие на иммунологическую перестройку организма защитного характера.

Таким образом, динамическое прижизненное изучение слизистой оболочки толстой кишки позволяет уточнить не только эволютивные клинические формы НЯК, но и получить дополнительную информацию об активности патологического процесса и тем самым правильно оценить эффективность проведенного лечения.

Ереванский медицинский институт,
Рижский медицинский институт

Поступила 17/V 1978 г.

Ա. Ա. ՇԱՀԱԶՅԱՆ, Ի. Մ. ՌԵՄԵՂ

ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՎԵՐՋԱՅԻՆ ՀԱՏՎԱԾԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ԿԼԻՆԻԿՈ-ՄՈՐՖՈԼՈԳԻԱՆ ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԽՈՑԱՅԻՆ ԿՈԼԻՏԻ ՏԱՐԲԵՐ ԻՎՈԼՅՈՒՑԻՈՆ ՁԵՎԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտով 144 հիվանդների կլինիկո-մորֆոլոգիական դինամիկ ուսումնասիրությունների հիման վրա առանձնացվել են հիշյալ հիվանդության երեք հիմնական ձևեր:

Ա) պրոգրեսիվ, «ագրեսիվ» (անընդհատ) — դեստրուկտիվ կոլիտ (սուր կամ խրոնիկական ընթացքով),

Բ) Կրկնվող. 1) դանդաղ զարգացող — ինֆիլտրատիվ դեստրուկտիվ կոլիտ, 2) ռեգրեսիվ — պրոլիֆերատիվ կոլիտ:

Դիսպանսերի հսկողության տակ դառնում է հիվանդների սիստեմատիկ կլինիկո-մորֆոլոգիական քննության շնորհիվ հնարավոր է որոշել ոչ միայն տվյալ հիվանդության փուլը, այլ նաև նրա էվոլյուցիոն ձևը և ծանրության աստիճանը, որը մեծապես օգնում է բուժական միջոցների ճիշտ ընտրության հարցում:

A. A. SHAHBAZIAN, I. M. REMEZ

CLINICAL MORPHOLOGY OF MUCOUS MEMBRANE OF DISTAL PART OF LARGE INTESTINE IN DIFFERENT EVOLUTIVE FORMS OF NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

On the basis of dynamic clinico-morphologic investigations of patients with nonspecific ulcerative colitis there have been revealed main evolutive clinico-morphologic forms of the disease—A) Progressive (continuous)-destructive colitis; B) Relapsing: 1) persisting-infiltratious-dys-trophic; 2) regressive-proliferative-infiltratious colitis.

With the help of systematic clinico-morphologic study of dispensary patients it has become possible to determine not only the stage, but the evolutive form as well, which helps in taking the therapeutic measures.