

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГАСТРОБИОПСИЙ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ И ВИЗУАЛЬНО-АНАЛОГОВОЙ ШКАЛОЙ ХЬЮСТОНСКОЙ МОДИФИКАЦИИ СИДНЕЙСКОЙ СИСТЕМЫ

Жандаров М. Ю., Теслова А. А., Морозевич М. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Термин «хронический гастрит», если переводить его дословно, обозначает хроническое воспаление желудка. Однако, в клинко-морфологическом понимании, речь идет о воспалении не всей стенки желудка, а лишь слизистой оболочки, в которой возникают не только воспалительные и дистрофические изменения, но и нарушение клеточной регенерации. В настоящее время считается, что термин «хронический гастрит» — понятие морфологическое. Диагноз хронического гастрита необходимо выставлять после проведения гастроскопии с прицельной биопсией [2].

Цель исследования

Проанализировать гастробиопсии в соответствии с классификацией и визуально-аналоговой шкалой Хьюстонской модификации Сиднейской системы.

Методы

В 1990 году 9-м Международным конгрессом гастроэнтерологов была представлена классификация гастритов, получившая название Сиднейская система. Классификация включает в себя три раздела: этиология (префикс), топография (корень) и гистология (суффикс).

Функцию корня выполняет топография гастрита. Топография во многом определяет клинические проявления гастрита и его прогноз. Так, при антральном НР-гастрите повышен риск возникновения дуоденальной язвы («язвенный фенотип»), а при поражении тела желудка — дистальной аденокарциномы («раковый фенотип») [1].

Роль префикса выполняет этиология. Выделены гастриты, ассоциированные с НР, аутоиммунные, идиопатические, медикаментозные и реактивные. В настоящее время последних два вида принято называть не гастритом, а гастропатией.

Суффиксом обозначены морфологические изменения в слизистой.

В 1994 году в Хьюстоне была проведена ревизия Сиднейской системы. Была унифицирована оценка морфологических изменений слизистой оболочки желудка и предложена визуально-аналоговая шкала для уменьшения расхождения между исследователями.

Часть морфологических исследований оценивается полуколичественно, а часть только отмечается в протоколе или в заключении. При полуколичественной оценке (слабые, умеренные, выраженные изменения) рекомендовано учитывать следующие признаки:

1. Обсеменение *Helicobacter pylori*. Рутинной окраской для выявления обсемененности слизистой оболочки желудка является окраска по Романовскому-Гимзе, при научных исследованиях применяют также иммуногистохимические методы. *H. pylori* определяется в виде палочек (вегетативная форма) или в виде кокковых форм чаще на поверхности желудочного эпителия или в просветах ямок. Даже при световой микроскопии можно видеть его проникновение в межклеточное пространство. При иммуногистохимическом исследовании микроорганизмы определяются и в собственной пластинке слизистой оболочки. Методика выявления *H. pylori* с помощью рутинных гистологических исследований не является высокоинформативной из-за вымывания слизи (в которой и находится большинство микроорганизмов) при проводке биопсийного материала.

2. Инфильтрация нейтрофилами — основной показатель активности хронического гастрита. Нейтрофилы могут инфильтрировать собственную пластинку, эпителий, заполнять просветы желез, образуя крипт-абсцессы [1].

3. Хроническое воспаление. Инфильтрация, прежде всего, собственной пластинки слизистой оболочки плазматическими клетками, лимфоцитами и макрофагами является основным признаком хронического воспаления. Считается, что в норме слизистая оболочка желудка содержит не более 5-ти лимфоцитов, плазматических клеток и макрофагов в поле зрения [1].

4. Атрофия. Наиболее сложный для морфологической оценки признак. При оценке не только степени атрофии, но и ее наличия у разных морфологов возникают различные мнения. Это связано с тем, что значительный клеточный инфильтрат раздвигает железы, и тем самым, имитирует атрофию, а за счет тангенциальных срезов слизистая оболочка может выглядеть истонченной. Считается, что в норме в поле зрения большого увеличения видно 3–4 поперечно срезанные железы. Если меньше — диагностируется атрофия. Однако процесс следует оценивать при умеренной или слабой выраженности клеточного инфильтрата (при выраженном клеточном инфильтрате необходимо повторять биопсию после проведенного лечения).

5. Кишечная метаплазия. Она бывает полной и неполной. Считается, что неполная метаплазия развивается из полной. Более важно оценивать не только вид кишечной метаплазии, но и ее степень.

Часть морфологических исследований не оценивается полуколичественно, но в протоколе патологоанатомического исследования должны быть указаны:

1. Потеря муцина, повреждение поверхностного эпителия и эрозии. Отличительным признаком данных изменений от артефактов является наличие отложений фибрина, нейтрофильная инфильтрация, а в окружающем эпителии — признаки регенерации.

2. Лимфатические фолликулы. В норме могут встречаться в базальных отделах слизистой оболочки, прежде всего, антрального отдела желудка в виде мелких лимфоидных агрегатов без герминативных центров. Наличие светлых центров свидетельствует о патологии (прежде всего, об обсеменении *Helicobacter pylori*). При обнаружении крупных неправильной формы фолликулов на фоне выраженной инфильтрации необходимо исключить МАLТому [3].

3. Фовеолярная гиперплазия. Характеризуется удлинением ямок, выстланных базофильным эпителием с крупными ядрами. Возникает из-за регенерации ямочного эпителия. Часто встречается в краях хронической язвы, в области эрозий, при химических гастритах, связанных с рефлюксом желчи.

4. Пилорическая метаплазия. Характеризуется появлением желез, напоминающих пилорические на месте фундальных желез.

5. Панкреатическая (ацинарная) метаплазия. Встречается редко. Характерно наличие групп клеток с зернистой ацидофильной апикальной и базофильной базальной цитоплазмой.

6. Гиперплазия нейроэндокринных клеток линейная или узелковая. При окраске гематоксилином и эозином видна в виде групп крупных клеток со светлой цитоплазмой и центрально расположенным ядром. Для верификации используется аргирофильная реакция.

Для получения оптимальной морфологической картины (а, следовательно, и более точного морфологического заключения) рекомендовано проводить не менее 5-ти биопсий: по две из антрального отдела и тела желудка, одну из угла желудка.

Результаты и обсуждение

Нами были проанализированы первичные биопсии желудка 30-ти произвольно выбранных пациентов с клиническим диагнозом: хронический гастрит. В каждом случае было оценено не менее 3-х биопсий (преимущественно, из антрального отдела желудка). Микропрепараты окрашивались гематоксилином и эозином, а также по Романовскому-Гимзе для выявления *Helicobacter pylori*. Средний возраст пациентов составил 42 года. Среди исследуемых было 19 мужчин и 11 женщин.

При гистологическом исследовании в 29 случаях поставлен диагноз хронического гастрита (в одном случае, у пациента 26 лет была выявлена слизистая оболочка антрального отдела желудка нормального гистологического строения). В 8-ми случаях выраженность хронического воспаления была расценена как слабая, в 16 — умеренная, в 5 — выраженная. Активность хронического гастрита в 12-ти случаях слабая, в 10 — умеренная, в 6 — высокая, в одном случае активность не определялась (неактивный гастрит). Атрофия, от слабовыраженной до умеренновыраженной, определялась в 9-ти

случаях. Кишечная метаплазия неполная умеренновыраженная — в 5-ти, слабовыраженная — в 2-х, полная умеренновыраженная — в 3-х случаях. *Helicobacter pylori* в виде слабовыраженного обсеменения (+) был обнаружен в 8-ми случаях.

Эрозивное поражение определено у 7-ми пациентов (в шести случаях с выраженной нейтрофильной инфильтрацией, в одном — с отложением фибрина и умеренной инфильтрацией нейтрофилами). Фовеолярная гиперплазия наблюдалась у 12 пациентов. Гиперплазия лимфоидных фолликулов со светлыми центрами обнаружена у 7-ми пациентов.

Выводы

Диагностика гастробиопсии в соответствии с классификацией и визуально-аналоговой шкалой Хьюстонской модификации Сиднейской системы достаточно удобна для рутинных методов исследования, не требует значительных усилий для врача-патологоанатома и одновременно предоставляет важную информацию для прогноза и лечения хронического гастрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин, Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л. И. Аруин, Л. Л. Капуллер, В. А. Исаков. — М., 1998. — С. 68–75.
2. Масевич, Ц. Г. Аспирационная биопсия слизистых оболочек желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки / Ц. Г. Масевич. — Л., 1967. — С. 25–36.
3. Correa, P. Chronic gastritis / P. Correa, J. Houghton // *Gastroenterology*. — 2007. — Vol. 133. — P. 659–672.

УДК 616.89-008.441.44:616.89-008.441.13

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ С СИМПТОМАМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Жаранков К. С.

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

г. Минск, Республика Беларусь

Суицидальное поведение представляет собой одну из самых актуальных проблем современного общества. По данным ВОЗ в большинстве экономически развитых стран мира суицид входит в первую десятку причин смерти. По данным литературы известно, что уровень суицидальных попыток превышает уровень суицидов в 8–10 раз, а их повторяемость составляет 25–30 %. Суицидальные действия на них наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. 70–80 % суицидальных действий совершают лица трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет).

Мужчины, злоупотребляющие алкоголем, совершают суицид в 7 раз чаще женщин, имеющих алкогольные проблемы. В Республике Беларусь в состоянии алкогольного опьянения 62,3 % суицидов приходится на долю мужчин и 32,2 % — на долю женщин. Страдающие алкогольной зависимостью женщины значительно чаще, чем мужчины, совершают парасуициды. В Республике Беларусь пики парасуицидов больных с алкогольной зависимостью приходятся на возрастные группы 21–30 и 50–55 лет.

Влияние алкогольной интоксикации наиболее суицидально опасно для соматически ослабленных, подростков и женщин, лиц, пребывающих в стрессовых ситуациях, при всех вариантах социально-психологической дезадаптации, при наличии акцентуации или расстройства личности [1].

С одной стороны, алкоголь снимает витальный страх, ослабляет контроль, облегчает выполнение задуманного, выпивка выступает в виде символического акта прощания с жизнью. В то же время, алкоголь повышает агрессивность, конфликтность, импульсивность и демонстративность, усугубляет психический дискомфорт, потенцирует развитие чувства вины, суицидальные мысли.

Алкоголизация и суицидальное поведение взаимодействуют между собой в двух вариантах: алкоголь принимается до появления суицидальных мыслей. В состоянии опьянения вначале возникают конфликты, затем — суицидальные тенденции, которые реализуются в суицидальных действиях; алкоголь принимается после появления суицидальных