

СЕКЦИЯ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»

УДК 616.33-076-018.1

В. Д. Акуленец

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ БИОПСИЙ ЖЕЛУДКА В СИСТЕМЕ OLGA ПО ДАННЫМ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Введение

Хронический атрофический гастрит является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта среди взрослого населения планеты. Он характеризуется воспалительным и дистрофическим процессом в слизистой оболочке желудка, что приводит к нарушению клеточного обновления, прогрессированию атрофии, функциональным и структурным изменениям, а также различным клиническим проявлениями [1].

Система OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment, 2008) – современная международная гистологическая классификация хронических гастритов, основанная на оценке гистологических признаков выраженности воспаления и атрофии в антральном отделе (3 биоптата) и теле желудка (2 биоптата). В каждом столбце атрофия показана по четырехуровневой шкале (0–III) в соответствии с визуальной аналоговой шкалой модифицированной Сиднейской системы классификации гастрита. Под стадией гастрита подразумевается выраженность атрофии. [2]

Таблица 1 – Интегральный показатель стадии гастрита в системе OLGA [2]

Анtrum/тело	0	I	II	III
0	Стадия 0	Стадия I	Стадия II	Стадия II
I	Стадия I	Стадия II	Стадия II	Стадия III
II	Стадия II	Стадия II	Стадия III	Стадия IV
III	Стадия II	Стадия III	Стадия IV	Стадия IV

Классификация гастрита по OLGA позволяет выявить пациентов с более высоким риском. Современная классификация OLGA имеет существенные преимущества перед традиционной Сиднейской системой, так как позволяет прогнозировать риск развития рака желудка.

Характерной чертой OLGA является прогрессивное увеличение стадии от 0 до IV и соответствующее увеличение риска развития рака желудка. Это делает систему OLGA важным инструментом для раннего выявления и предупреждения рака желудка [3].

Цель

Оценить частоту встречаемости хронических гастритов и степень риска развития рака желудка в зависимости от выраженности атрофических изменений желудочного эпителия по интегральным показателям стадии гастрита по системе OLGA.

Материал и методы исследования

Для проведения патоморфологического исследования использовался архивный материал ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Материалом для исследования стали 413 патогистологических заключений пациентов г. Гомеля за 2023 г.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводились в программе Microsoft Office Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациентов варьирует в диапазоне от 19 до 87 лет.



Рисунок 1 – Распределение стадий хронического атрофического гастрита по OLGA

Согласно градациям классификации по данной системе, общее количество обследованных в 2023 году составило 413 человек. Распределение по стадиям атрофического гастрита следующее: 0 стадия выявлена у 227 человек (54,96%), I стадия – у 91 человека (22,03%), II стадия – у 71 человека (17,2%), III стадия – у 20 человек (4,84%), IV стадия – у 4 человек (0,97%). Такое распределение значительно упрощает выявление пациентов из группы высокого риска развития рака желудка, представленной пациентами с III и IV стадиями.

Ценность исследования повышается при оценке стадии хронического гастрита и выявлении *Helicobacter pylori*. Анализ гистологических заключений показал, что хеликобактер-ассоциированный гастрит диагностирован у 18,94% (43 из 227 пациентов) с 0 стадией, 36,26% (33 из 91 пациента) с I стадией, 49,29% (35 из 71 пациента) с II стадией, 60% (12 из 20 пациентов) с III стадией и у 75% (3 из 4 пациентов) с IV стадией. Полученные данные свидетельствуют о пропорциональном увеличении процента хеликобактер-ассоциированных гастритов с каждой последующей стадией.



Рисунок 2 – Процентное соотношение выявления *H. pylori* в зависимости от стадии

Выводы

Количество выявленных гастритов 0 стадии преобладает, что говорит о диагностировании гастрита на начальном этапе атрофических изменений и наиболее благоприятном исходе для пациента при своевременно начатом лечении.

На основании патологоанатомической оценки атрофии в гистологических материалах можно выявить, что чем выше стадия атрофического гастрита, тем выше риск развития рака желудка. Так, при максимально выраженной атрофии (III, IV стадия) риск в 5–6 раз выше, чем в популяции. [4]

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Минушкин, О. Н.* Хронический гастрит: новые возможности терапии / О. Н. Минушкин, Т. Б. Топчий // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2014. – № 1–2. – С. 15–19.
2. OLGA staging for gastritis: a tutorial / M. Rugge [et al.] // *Dig. Liver Dis.* – 2008. – Vol. 40. – P. 650–658.
3. *Хомерики, Н. М.* Хронический гастрит: как преодолеть комплекс неопределенности? / Н. М. Хомерики, С. Г. Хомерики // *Фарматека.* – 2012. – № 17. – С. 1–7.
4. Частота атрофического гастрита, ассоциированного с H.pylori, у больных с циррозом печени по данным серологического исследования «Гастропанель» и гистологическим данным / М. В. Силачева [и др.] // *Современные проблемы науки и образования.* – 2020. – № 6.

УДК 616.62-006.6-07-018.1

А. Д. Аноничева, И. В. Ковалев

Научные руководители: к.м.н., доцент Э. А. Надыров¹, Л. П. Зайцева²

¹*Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²*Учреждение*

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЯДРЫШКОВЫЙ ОРГАНИЗАТОР КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ И СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ УРОТЕЛИАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ

Введение

Цитологическое исследование клеточного осадка мочи играют важную роль в диагностике злокачественных опухолей мочевого пузыря, а также в диспансерном наблюдении за пациентами, которым проведено лечение по поводу рака мочевого пузыря (уротелиальная карцинома). Цитологическое исследование характеризуется высокой чувствительностью для выявления опухолей высокой степени злокачественности, но низкой чувствительностью для выявления опухолей низкой степени злокачественности и карцином *in situ* [1].

В настоящее время для цитологической диагностики патологии мочевого пузыря используется парижская система отчетности по цитологическому исследованию мочи [2]. В этой системе отчетности представлены критерии дифференциальной диагностики уротелиальной карциномы для каждой из шести диагностических категорий: неадекватный образец (неадекватный/недиагностический), отрицательный результат на уротелиальную карциному высокой степени злокачественности (NHGUC), атипичные уротелиальные клетки (AUC), подозрительный на уротелиальную карциному высокой степени зло-