

**ГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ ЖЕЛУДКА
ПРИ ОСТРОМ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ РАЗЛИЧНОГО ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ.**

Гамаева Фатима Баталовна

к.в.н, ассистент

*Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М. Бербекова*

г. Нальчик

Дадарова Элина Хасановна ассистент

*Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М. Бербекова*

г. Нальчик

**HISTOCHEMICAL STUDY OF THE PATHOGENESIS OF ACUTE GASTRIC ULCERATION IN ACUTE
EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF VARIOUS ETIOLOGICAL ORIGIN**

Gamaeva Fatima Batalovna

K.V.N., assistant

Kabardino-Balkar State University

H.M. Berbekov University

Nalchik

Dadarova Elina Khasanovna assistant

Kabardino-Balkar State

University named after H.M. Berbekov

Nalchik

Аннотация: В статье рассмотрены морфологические нарушения клеточного обновления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при остром эрозивно-язвенном поражении различного этиологического происхождения (стрессовые изъязвления) гистохимическими методами исследования.

Abstract: The article considers morphological disorders of cellular renewal of the gastric and duodenal mucosa in acute erosive and ulcerative lesions of various etiological origin (stress ulceration) by histochemical methods of investigation.

Ключевые слова: язвенная болезнь, острые изъязвления, слизистая желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), стрессовые изъязвления.

Keywords: peptic ulcer, acute ulceration, gastric mucosa, duodenum (duodenum), stress ulceration.

Целью настоящей работы является морфологическое и гистохимическое изучение патогенеза развития острых изъязвлении желудка и ДПК при различных этиологических факторах возникновения острой гастропатии.

Материалы и методы.

В основу работы положен клинический анализ обследования и лечения 126 больных, находившихся в клинике факультетской и эндоскопической хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х. Б. Бербекова на базе Республиканской клинической больницы КБР по поводу острых изъязвлений гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта.

В основу распределения пациентов на группы положена этиология острых язв (табл. 1).

Таблица 1.

**Распределение больных по группам в зависимости от этиологии и патогенеза
острых изъязвлений ГДЗ**

№ п/п	Группа больных	Всего	
		абс.	%
1.	Острые психоэмоционально-стрессовые изъязвления	39	8,6
2.	Острые первично-тропические изъязвления:	88	19,5
	а) ишемические	51	11,3
	б) рефлюкс-изъязвления	37	8,2

3.	Острые дистресс-изъязвления:	228	50,4
	а) ожоговые (язвы Курлинка)	76	17,0
	б) реактивные (вторично-тропические)	126	27,9
	в) послеоперационные	24	5,1
4.	г) нейротрофические (язвы Кушинга)	2	0,4
	Острые химические изъязвления:	97	21,5
	а) медикаментозные	32	7,1
	б) алкогольные	65	14,4
ВСЕГО		452	100,0

Как видно из таблицы 2, пациенты с острыми психоэмоционально-стрессовыми изъязвлениями составили 8,6% от общего числа наблюдаемых нами больных. Лица с острыми первично-трофическими изъязвлениями - 19,5%, с острыми дистресс-изъязвлениями - 50,4%, с острыми химическими изъязвлениями - 21,5%.

Всех пациентов обследовали общеклиническим физикальными методами по органам и системам, а также выполняли общепринятые лабораторные и инструментальные способы исследования: общий анализ крови в моче, группа крови резус-фактор, биохимические показатели функций печени, почек и поджелудочной железы, состояние свертывающей и противосвертывающей систем крови, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией зоны острых изъязвлений, рентгеноскопию желудка, рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости (по показаниям), электрокардиографию, измерение артериального давления, частоты пульса и дыхания, ректороманоскопию (по показаниям), пальцевое исследование прямой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Кроме того, при ведении послеоперационного периода контролировали состояние операционной раны и дренажей.

Адренергические волокна изучались при люминесцентной микроскопии замороженных срезов, обработанных по методу Фалька-Хилларпа. Для гистологического исследования гастробиоптаты из области тела и пилорического отдела желудка (по два кусочка из каждой области), а также из зоны острых язв которые фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина. После соответствующей проводки парафиновые срезы окрашивались гематоксилином-эозином, по Гимзе на *Helicobacter pylori*, ставилась ШИК-реакция на гликопротеины.

Кроме указанных методов, замороженные срезы окрашивались гематоксилинэозином. Адренергические и холинергические волокна изучались в области фундального и антрального отделов желудка.

Результаты и обсуждения.

Результаты морфологических исследований в исследуемой группе

Группу составили 120 человек, у которых проводили гистологическое изучение гастробиоптатов. Гистологический анализ показал наличие острых язв или эрозий. Предварительно не анализируя этиопатогенез этих изъязвлений, мы сочли возможным дать общую патогистологическую характеристику состояния слизистой оболочки желудка этих больных на том основании, что во всех гастробиоптатах отмечалось:

- 1) наличие острых язв или острых эрозий;
- 2) нарушение микроциркуляции;
- 3) снижение плотности и флуоресценции адренергических нервных волокон и повышение активности АХЭ в холинергических нервных волокнах;
- 4) наличие *Helicobacter pylori*;
- 5) наличие хронического воспаления;
- 6) наличие клеточного обновления.

Указанные признаки (2-6) позволяют диагностировать у данной группы больных хронический, чаще хеликобактерный, активный гастрит.

Гистологический анализ гастробиоптатов показал, что в исследуемой группе больных острые язвы и эрозии нередко развивались на фоне хронического хеликобактерного активного гастрита с умеренной атрофией фундальных желёз. Последнее обстоятельство, наряду с отсутствием других гистологических признаков хронической язвы, свидетельствует в пользу наличия острых язв и эрозий у обследованных больных.

Контрольные исследования проведены в группе из 18 человек с гистологически доказанным отсутствием патологических изменений в слизистой оболочке желудка. Кроме контрольной группы из большого числа обследованных больных сформирована группа из 120 лиц с гистологически подтвержденными острыми язвами и эрозиями желудка. В этой группе проведён анализ этиопатогенеза острых деструктивных изменений в слизистой оболочке желудка и выделено 6 групп по 20 человек в каждой группе. Всего обследовано 138 человек, изучено 552 биоптата, просмотрено 3864 стекла.

Результаты морфологических исследований в контрольной группе

В контрольной группе здоровых лиц светооптическое изучение биоптатов слизистой оболочки желудка показала наличие типично устроенной слизистой оболочки, выстланной покровных - однослойным

цилиндрическим, ШИК-положительным эпителием с большим количеством фундальных и умеренным количеством пилорических желёз в соответствующих отделах. Указанные железы имеют характерное строение и клеточный состав. Слизистая оболочка пилорического отдела желудка отличается от фундального более глубокими желудочными ямками, строением, количеством и клеточным составом собственных желёз, большим количеством плазматических клеток и лимфоцитов в собственном слое слизистой оболочки. Для подтверждения отсутствия патологических изменений в слизистой оболочке желудка в этой группе лиц нами проведены электронно-микроскопические исследования.

Вторую группу составили 120 человек, у которых в исследуемой группе гистологическое изучение гастробиоптатов показало наличие острых язв или эрозий. Предварительно не анализируя этиопатогенез этих изъязвлений, мы сочли возможным дать общую патогистологическую характеристику состояния слизистой оболочки желудка этих больных на том основании, что во всех гастробиоптатах отмечалось:

- 1) наличие острых язв или острых эрозий;
- 2) нарушение микроциркуляции;
- 3) снижение плотности и флуоресценции адренергических нервных волокон и повышение активности АХЭ в холинергических нервных волокнах;
- 4) наличие *Helicobacter pylori*;
- 5) наличие хронического воспаления;
- 6) наличие клеточного обновления.

Указанные признаки (2-6) позволяют диагностировать у данной группы больных хронический, чаще хеликобактерный, активный гастрит.

Гистологический анализ гастробиоптатов показал, что в исследуемой группе больных острые язвы и эрозии нередко развивались на фоне хронического хеликобактерного активного гастрита с умеренной атрофией фундальных желёз.

В группе больных с психоэмоциональным стрессом наблюдается резко выраженное повышение активности АХЭ холинергические волокна имеют вид толстых, грубых, недостаточно ветвящихся структур. Значительно уменьшается количество терминалей. В 20% случаев изъязвления слизистой оболочки желудка диагностировались по очаговой лейкоцитарной (нейтрофильной) инфильтрации собственного слоя слизистой и прилежащего покровного или ямочного эпителия, которая является, хотя и косвенным, но диагностическим признаком эрозийного поражения желудка.

Выводы. Несомненно, значительная роль нарушения клеточного обновления слизистой оболочки желудка и ДПК в развитии острых изъязвления и эти нарушения носят дисрегенераторный характер, чем неопластический.

Список литературы:

1. Вахтангишвили Р. Ш. Гастроэнтерология: заболевания желудка / Р. Ш. Вахтангишвили, В. В. Кржечковская. — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 669с. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 704с. 235.
2. Авакимян, В.А. Язвенная болезнь (вопросы патогенеза) / В.А. Авакимян // Кубанский научный медицинский вестник. — 2007. — №4. — С. 12-18.
3. Баратов, И.Ш. Результаты резекции желудка по Бильрот-1 при язвенном пилородуоденальном стенозе [Электронный ресурс] / И.Ш. Баратов, А.С. Азимов, А.Х. Алиев, М.А. Кахаров, А.Х. Гуломов // Вестник Здоровья и образования в XXI веке.
5. Ронжин, И. В. Заболевания желудочно-кишечного тракта / И. В. Ронжин, Е. А. Пономарева. — Текст: непосредственный // Новые задачи современной медицины : материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2016 г.). — Санкт-Петербург: Свое издательство, 2016. — С. 51-53. — URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/239/11546/> (дата обращения: 14.11.2021).