

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, С.С. Голубев

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ЕГО РЕЗЕКЦИИ

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ
Иркутский областной диагностический центр, Иркутск*

В статье приведена сравнительная характеристика морфологической картины слизистой оболочки культи желудка после резекции по Бильрот–II–Витебскому и Бильрот–II–Бальфуру. Диспластические изменения после резекции по Бильрот–II–Витебскому встречались чаще (35,3 %) и были более выраженными.

Ключевые слова: гастрит, воспалительная инфильтрация, атрофия, дисплазия

MUCOUS MEMBRANE OF A STOMACH AFTER HIS RESECTION

E.V. Krivigina, G.F. Zhigaev, S.S. Golubev

*Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude
Irkutsk Regional Diagnostic Center, Irkutsk*

In article the comparative characteristic of a morphological picture of a mucous tunic gastric stump after a resection by Bilrot–II–Vitebsky and Bilrot–II–Balfour is resulted. Displasics changes after a resection on Bilrot–II–Vitebsky are met more often (35,3 %) and were more expressed.

Key words: a gastritis, inflammatory infiltration, an atrophy, displasia

Морфологическое состояние слизистой оболочки, характер ее изменений в зависимости от сроков резекции желудка по способу Бильрот–II в модификации Витебского и по Бильрот–II–Бальфуру по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, изучено у 53 больных. Биопсии подвергались слизистая оболочка культи желудка, анастомоза и отводящей петли. Из каждого отдела брали до 3–5 кусочков ткани. При наличии очаговой патологии (рефлюкс-гастрит, дуоденогастральный рефлюкс, участки гиперплазии, эрозии, язвы) проводили дополнительный забор материала. Биоптаты фиксировали в растворе нейтрального формалина.

Основными морфологическими критериями диагностики были: воспалительная инфильтрация, атрофия, кишечная мета и/или дисплазия. О характере воспалительного процесса судили по составу клеточного инфильтрата [1]. Для острого воспаления характерен нейтрофильный инфильтрат, для хронического – лимфоплазмоцитарный.

Активность воспаления определяли по количеству гранулоцитов в очаге воспаления, выделяя слабую (отдельные гранулоциты), умеренную (диффузная инфильтрация слизистой оболочки гранулоцитами) и выраженную (скопление гранулоцитов в области ямок в виде «абсцессов») степень активности.

Атрофию желез подразделяли на степени: 1 степень – плотность желез уменьшена, часть из них укорочена, в сохранившихся увеличено число слизеобразующих клеток за счет уменьшения обкладочных и главных; 2 степень – число желез резко уменьшено, они выстланы слизеобразующими и пилорическими клетками; 3 степень – полное отсутствие желез, замещение слизистой оболочки волокнистой соединительной тканью.

В гистологических препаратах культи желудка встречалась тонкокишечная метаплазия без сульфомуцинов и с секрецией сульфомуцинов. Различали очаговую и диффузную (распространенную) метаплазию, которая была представлена ямками и валиками в виде крипт и ворсинок.

Для характеристики дисрегенераторных и гиперпластических процессов в слизистой оболочке культи желудка оценивали степень дисплазии эпителия (слабая, умеренная, выраженная).

Морфологическое исследование культи желудка показало, что практически во всех случаях имело место изменение, характерное для хронического гастрита [2, 6, 9]. После резекции по Бильрот–II–Витебскому изменения слизистой оболочки культи желудка соответствовали гастриту типа С или рефлюкс-гастриту, после резекции по Бильрот–II–Бальфуру наблюдались изменения, присущие гастриту типа В (рис. 1) или смешанному варианту А и В (гастрит А присоединяется к существовавшему ранее, вызванному *Helicobacter pylori*, гастриту В).

У пациентов после резекции желудка по Бильрот–II–Витебскому во всех случаях отмечалась умеренная или выраженная степень изменения слизистой оболочки культи желудка, тонкокишечная, толстокишечная метаплазия. У больных, оперированных по Бальфуру, выявлено незначительное изменение слизистой оболочки, менее выражены метапластические процессы. Данные изменения отражены в таблице 1.

Атрофические изменения слизистой оболочки культи желудка определялись у всех (100 %) больных, оперированных по Бильрот–II – Витебскому. Эти изменения носили легкую у 26,5 %, умеренную у 44,1 %, выраженную у 29,4 % степень атрофии.

Таблица 1

Морфологические изменения слизистой оболочки культи желудка после резекции по Бильрот-II–Витебскому и Бильрот-II–Бальфуру

Изменения слизистой оболочки культи желудка	Вид резекции желудка	
	Бильрот-II-Витебский, n = 31	Бильрот-II-Бальфур, n = 22
Воспалительные		
незначительные	18 (58,8 %)	19 (86,4 %)
умеренные	9 (29,0 %)	3 (13,6 %)
выраженные	4 (12,9 %)	–
Метапластические		
не выявлено	16 (52,9 %)	16 (73,0 %)
тонкокишечная метаплазия	9 (29,4 %)	4 (18,0 %)
толстокишечная метаплазия	6 (17,7 %)	2 (9,0 %)

У пациентов, оперированных по Бильрот-II–Бальфуру атрофия была у 88,1 %: легкая степень – 47,2 %, умеренная – 32,2 %, тяжелая форма – 8,7 %.

На развитие атрофических изменений в культе желудка оказывает влияние перенесенная операция (рис. 2). Так, атрофический гастрит, среди общей популяции населения, выявлен в 4 % случаев, среди оперированных – в 23 %, причем некоторые авторы считают атрофический гастрит предраковым состоянием [7, 5, 11, 12].

Кишечная метаплазия эпителия у оперированных по Бильрот-II-Витебскому выявлена в 47,1 %, причем для этой группы больных характерна распространенная метаплазия – 73,5 %, превалирует тонкокишечный тип (29,4 %), толстокишечный был в 17,7 % случаев.

После резекции желудка по Бильрот-II-Бальфуру кишечная метаплазия была в 27 %, чаще наблюдался очаговый характер поражения, тонкокишечный тип был в 18 % случаев, толстокишечный – в 9 %.

Наши данные подтверждают, что на развитие метапластических изменений в слизистой оболочке культи желудка влияет характер (способ) операции и сопутствующий ей рефлюкс (дуоденогастральный или энтеральный).

Диспластические изменения после резекции по Бильрот-II-Витебскому встречались чаще (35,3 %), были более выраженными. После резекции по Бальфуру дисплазия была слабой степени выраженности и встречалась в 14,7 % случаев. Эти нарушения заключались в наличии клеточной атипии (полиморфизм, гиперхромность ядер, увеличение ядерно-цитоплазматического отношения в клетках), дисдифференцировки эпителия и нарушения структуры слизистой оболочки культи желудка [1]. Общеизвестно, что дисплазия, особенно второй и третьей степени – это предраковое изменение [3, 4, 8, 10].

Таким образом, сравнительное изучение воспалительных, атрофических, мета- и диспластических процессов слизистой оболочки культи желудка показало, что частота и выраженность этих изменений у больных, оперированных по Бильрот-II-Бальфуру значительно меньше, чем у пациентов после резекции по Бильрот-II-Витебскому, у которых к тому же морфологические изменения локализовались в области гастроэнтероанастомоза, т. е. в зоне, наиболее подверженной воздействию дуоденогастрального и энтерального рефлюкса.

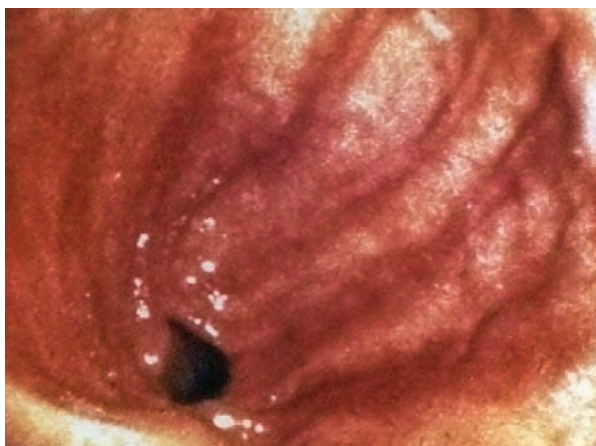


Рис. 1. Гастрит культи желудка.



Рис. 2. Лигатуры в области анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И. Слизистая оболочка антрального отдела желудка в отдаленные сроки после селективной проксимальной ваготомии с дренирующими желудок и двенадцатиперстную кишку операциями / Л.И. Аруин, Д.С. Саркисов, В.С. Помелов // Архив патологии. — 1992. — № 5. — С. 10 — 14.
2. Аруин Л.И. Хронический гастрит / Л.И. Аруин, П.Я. Григорьев, В.А. Исаков // Амстердам. — 1993. — 362 с.
3. Васильев Ю.В. Дисплазия желудочно-кишечного тракта: взгляд эндоскописта-гастроэнтеролога / Ю.В. Васильев // Материалы 7 Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции с международным участием, 3 — 4 мая 2007. — Красноярск, 2007. — С. 144 — 157.
4. Михаськив И.Н. Роль рефлюкса дуоденального содержимого в генезе рака культи желудка после резекции / И.Н. Михаськив // Хирургия. — 1980. — № 2. — С. 44 — 51.
5. Нейштадт Э.Л. Морфологические критерии риска рака желудка у больных гастритом / Э.Л. Нейштадт, А.Д. Иванов, С.И. Тихонов // Вопросы онкологии. — 1987. — Т. 33, № 9. — С. 233 — 235.
6. Петров В.П. Резекция желудка по Ру / В.П. Петров, Б.Ш. Бадуров, А.К. Хабурзания // М., 1998. — 210 с.
7. Постолов М.П. Дуоденогастральный рефлюкс до и после хирургического лечения язвенной болезни / М.П. Постолов, Е.В. Гук // Вестник хирургии. — 1987. — Т. 138, № 1. — С. 141 — 143.
8. Чернова Т.Г. Дуоденогастральный рефлюкс и последствия резекции желудка: Автореф. ... канд. мед. наук / Т.Г. Чернова. — М., 1994. — 24 с.
9. Dixon M.F. Reflux gastritis: distinct histopathological entity? / M.F. Dixon, H.J. O'Connor, A.T. Axon // J. clin. path. — 1986. — Vol. 39, N 5. — P. 524 — 530.
10. Ferrarese S. Il carcinoma dello stomaco operato. Considerazioni fisiopatologiche e terapeutiche: (Rapp.) 9 Congr. naz C/CD Catania, 26-29 magg., 1990 / S. Ferrarese, I. Ugenti, M. Civilla // Chir. gastroent. — 1991. — Vol. 25, N 1. — P. 61 — 64.
11. Matting H. Ergebnisse nach reflux freier magenresection mit Y-Roux-anastomose beim gastroduodenal ulcus / H. Matting, G. Schneider // Sbl. chir. — 1987. — Bd. 112, N 5. — P. 303 — 311.
12. Pardo-Mindan F.J. Risk of cancer in patients with gastric dysplasia: follow-up study of 67 patients / F.J. Pardo-Mindan, S. Razquin, C. Ojeda // Cancer. — 1990. — Vol. 65, N 9. — P. 2078 — 2085.

Сведения об авторах

Жигаев Геннадий Федорович — профессор, д.м.н., заслуженный деятель науки РФ. 670047, г. Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, тел. 8(3012) 23-36-24

Кривигина Елена Владимировна — к.м.н., врач-эндоскопист

Голубев Сергей Степанович — к.м.н., врач-морфолог