

А.В. Линкевич

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОИММУННОГО И ГЕЛИКОБАКТЕРНОГО ГАСТРИТА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. М.В. Дмитриева

*Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

A.V. Linkevich

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF AUTOIMMUNE AND HELICOBACTER GASTRITIS

Tutor: PhD, associate professor M.V. Dmitrieva

*Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
with a Course of Advanced Training and Retraining
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Изучены биопсийные заключения гастробиоптатов из тела и антрального отдела желудка 47 пациентов с морфологическими признаками аутоиммунного (АИГ) и геликобактерного гастрита (ГГ). Женщины чаще болели АИГ, мужчины – ГГ ($p<0,001$). При АИГ значимо чаще наблюдалась атрофия в теле желудка ($p<0,001$), кишечная метаплазия эпителия ($p=0,022$), полипы слизистой оболочки ($p=0,005$).

Ключевые слова: аутоиммунный гастрит, геликобактерный гастрит, морфологические особенности.

Resume. Biopsy findings of gastrobiopsies from the stomach body and antrum of 47 patients with morphological signs of autoimmune (AIH) and Helicobacter gastritis (HG) were studied. Females were more often suffered from AIH, males - with HG ($p<0.001$). In AIH, atrophy in the body of the stomach ($p<0.001$), intestinal metaplasia of the epithelium ($p=0.022$), polyps of the mucous membrane ($p=0.005$) were significantly more often observed.

Keywords: autoimmune gastritis, Helicobacter gastritis, morphological features.

Актуальность. Гастрит является самым распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта. Примерно две трети жителей Республики Беларусь страдают хроническим гастритом. Распространенность аутоиммунного гастрита (АИГ) в общей популяции составляет около 0,5-4,5% [1-3]. Женщины страдают АИГ в 3 раза чаще, пик заболеваемости приходится на перименопаузальный период (50-60 лет). Однако в последние годы наблюдается отчетливая тенденция к «омоложению» заболевания [4]. АИГ – заболевание неизвестной этиологии, при котором вследствие аутоиммунного процесса происходят разрушение кислотопродуцирующего эпителия, атрофия и метаплазия слизистой оболочки тела и дна желудка, приводящие к нарушению продукции соляной кислоты и внутреннего фактора Касла, повышению риска развития железодефицитной и В12-дефицитной анемии, нейроэндокринных опухолей 1-го типа [1].

Течение воспалительного процесса при АИГ условно подразделяется на 2 стадии. Ранняя стадия (неатрофическая) характеризуется воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки кислотопродуцирующего типа лим-фоцитами,

плазмоцитами, мастоцитами, полиморфноядерными лейкоцитами (эозинофилами). Поздняя (атрофическая) стадия возникает как следствие длительного хронического воспалительного процесса, который приводит к прогрессирующей утрате кислотопродуцирующих желудочных желез, их атрофии и замещению соединительной тканью (фиброз), развитию кишечной и псевдопилорической метаплазии [2].

Наиболее частой формой хронического гастрита является геликобактерный гастрит (ГГ). Распространенность *Helicobacter pylori* (Нр) значительно варьирует от 8% в странах Северной Америки до 90% в странах Африки и Сибири [5] и зависит от санитарных условий проживания. Инфицирование геликобактером приводит к инфильтрации слизистой нейтрофилами и лимфоцитами. Первые обеспечивают гуморальный ответ и выработку оксирадикалов, лимфоциты же представляют клеточный иммунитет с выделением интерлейкинов и интерферонов. Эволюционно сформировались механизмы противостояния иммунной реакции, такие как выделение гидрогеназ и каталаз в ответ на оксидантный стресс, поэтому проникновение бактерии в желудочно-кишечный тракт, как правило, заканчивается колонизацией слизистой [5].

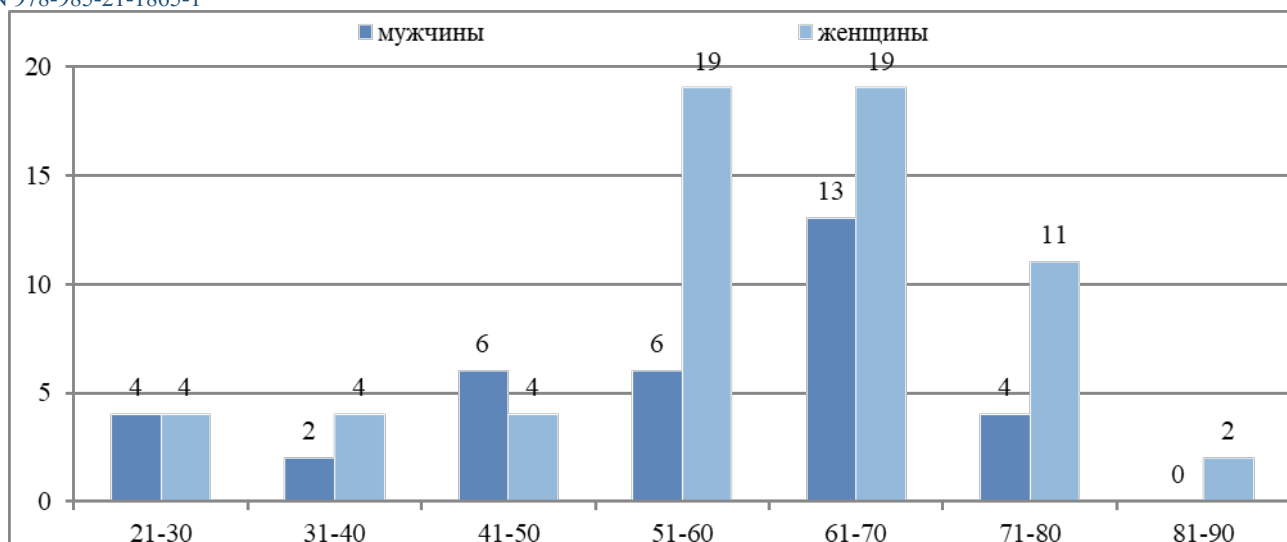
Цель: проанализировать и сравнить морфологические особенности АИГ и гастрита, ассоциированного с Нр в материале гастробиопсий.

Задачи:

1. Проанализировать гендерную и возрастную характеристику пациентов с АИГ и ГГ.
2. Охарактеризовать гистологические изменения в слизистой оболочке желудка при АИГ и ГГ.
3. Провести сравнительный анализ выявленных морфологических признаков в слизистой оболочке желудка при АИГ и ГГ.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ биопсийных заключений 47 гастробиоптатов пациентов с морфологическими признаками гастрита. Микропрепараты были окрашены гематоксилином-эозином и по Гимзе. Исследованы биоптаты из тела и антрального отдела желудка с оценкой степени активности воспаления, лимфоидной инфильтрации, степени атрофии и обсемененности Нр. Все случаи АИГ подтверждены наличием положительных титров антител к париетальным клеткам. Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel 2010» и «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Проанализированы 24 случая АИГ и 23 случая ГГ. Средний возраст пациентов составил $57 \pm 14,9$ лет (от 21 до 83 лет). При разделении на возрастные группы отмечается преобладание гастрита у женщин в возрасте старше 51 года (рис. 1). Женщины значительно чаще заболевали АИГ (22/91,7%), лица мужского пола – ГГ (15/65,2%) ($\chi^2=16,46$; $p<0,001$).



Диагр. 1 – Возрастная и гендерная характеристика исследованных пациентов с гастритом

Во всех случаях АИГ выявлена атрофия слизистой оболочки тела желудка, из них у 21 (87,5%) пациента – высокой степени. Слабая атрофия антрального отдела наблюдалась лишь в половине биоптатов. Активность воспаления также была более выражена в теле желудка (в 13 (54,2%) случаях средней и высокой степени против преимущественно слабой активности в антруме (10 (41,7%)) (рис. 2А). В гастробиоптатах пациентов с АИГ мы наблюдали кишечную метаплазию (4/17%) в антруме и 20 (83,3%) – в теле желудка) (рис. 2Б), а также панкреатическую метаплазию (3/12,5%) (рис. 2В) и псевдопилорическую метаплазию (100%). Для АИГ также характерно формирование полипов: 1 (4,7%) в антральном отделе, 6 (25,0%) – в теле желудка. Нр при АИГ не определялся.

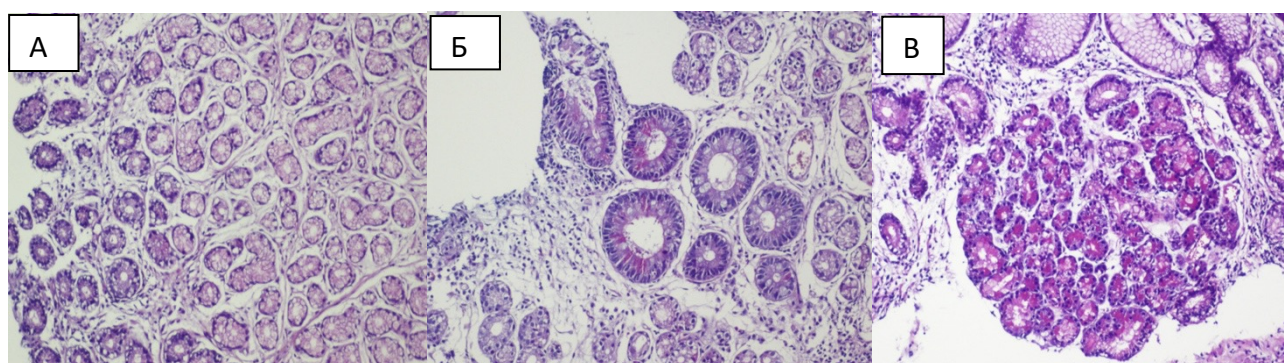


Рис. 1 – Морфологические признаки аутоиммунного гастрита: А – слабоактивный антральный гастрит без атрофии (гематоксилин-эозин, увеличение 200), Б – кишечная метаплазия эпителия желез (гематоксилин-эозин, увеличение 200), В – панкреатическая метаплазия эпителия желез (гематоксилин-эозин, увеличение 200)

Атрофия в теле желудка не всегда является тотальной, примерно у 1/3 пациентов при внимательном рассмотрении можно обнаружить выступающие над атрофичной слизистой оболочкой участки сохраненной кислотопродуцирующей слизистой оболочки в виде «островков» или псевдополипов [4]. Гиперпластические полипы при АИГ могут возникать в результате хронического воспаления слизистой

оболочки желудка и формироваться как одиночные или множественные образования, чаще всего локализующиеся в теле органа [4].

В случаях ГГ атрофия антрального отдела (17/73,9%) преобладала над атрофией тела (7/30,4%), активность средней и высокой степени, также была более выражена в антруме (20/86,9%) против тела (13/56,5%). Кишечная метаплазия выявлена в 12 (52,2%) случаях: 7 (30,4%) в антруме и 5 (21,7%) в теле.

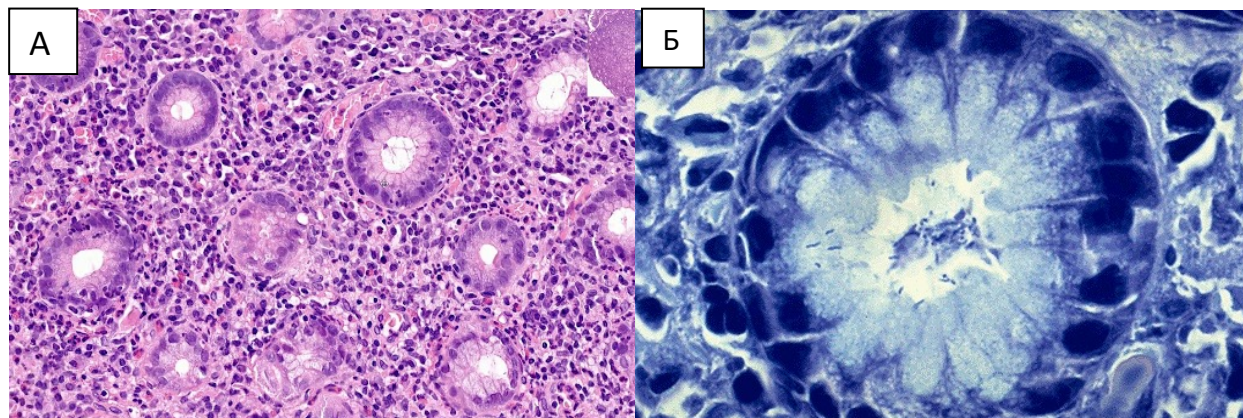


Рис. 2 – Морфологические признаки геликобактерного гастрита: А – выраженная активность воспаления антрального отдела желудка (гематоксилин-эозин, увеличение 200), Б – *Helicobacter pylori* в просвете железы (окраска по Гимзе, увеличение 400)

Выявлены статистически значимые различия гистологических признаков при АИГ и ГГ: при АИГ значимо чаще наблюдалась атрофия в теле желудка ($\chi^2=25,31$; $p<0,001$), кишечная метаплазия эпителия ($\chi^2=5,25$; $p=0,022$), полипы слизистой оболочки ($\chi^2=7,88$; $p=0,005$).

Выводы:

1. Средний возраст исследованных пациентов с хроническим гастритом составил $57\pm 14,9$ лет. АИГ чаще выявляется у лиц женского пола, ГГ – у мужчин ($p<0,001$).

2. ГГ характеризовался преобладанием атрофии антрального отдела (17/73,9%) по сравнению с телом желудка (7/30,4%), а также более высокой активностью воспаления в антруме (86,9% против 56,5% в теле).

3. Активность воспаления при АИГ была более выражена в теле желудка (54,2% случаев средней и высокой степени активности по сравнению со слабой активностью воспаления в антруме (41,7%)). При ГГ в антральном отделе в 86,9% случаев выявлена активность воспаления высокой и средней степени, реже аналогичная активность наблюдалась в теле (56,5%)

4. АИГ и ГГ имеют различия в гистологической картине с преобладанием при АИГ атрофии тела желудка ($p<0,001$), кишечной метаплазии ($p=0,022$) и наличия полипов слизистой оболочки ($p=0,005$).

Литература

1. The Real-world Gastritis Initiative-updating the updates / M. Rugge, RM. Genta, P. Malfertheiner [et al.] // Gut. – 2024. – Vol. 3, №73. – P. 407 – 441.

2. Autoimmune gastritis / MV. Lenti, M. Rugge, E. Lahner [et al.] // Nat Rev Dis Primers. – 2020. – Vol. 1, №6. – P. 56.
3. Autoimmune Gastritis: Update and New Perspectives in Therapeutic Management / E. Orgler, S. Dabsch, P. Malfertheiner [et al.] // Curr Treat Options Gastroenterol. – 2023. – №21. – P. 64 – 77.
4. Endoscopic features and clinical importance of autoimmune gastritis. / T. Kamada, Y. Maruyama, Y. Monobe [et al.] // Dig Endosc. – 2021. – № 21. – P. 14175.
5. Epidemiology of Helicobacter pylori infection and public health implications / K.L. Goh, W.K. Chan., S. Shiota, Y. Yamaoka // Helicobacter. – 2011. – Vol. 16, №1. – P. 1-9.