

УДК 616.33-002-036.1-007.23:575.21

**Л.М. Мосійчук,
Н.Ю. Ошмянська,
О.В. Сімонова**

**ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ МЕТАПЛАСТИЧНОГО
ТА ЗАПАЛЬНОГО ФЕНОТИПІВ
ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ**

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета – оцінка розподілу запального та метапластичного компонентів залежно від передракових змін слизової оболонки шлунка (СО Ш).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За допомогою морфологічних та морфометричних методів проаналізовано біоптати 80 пацієнтів з морфологічними змінами СО Ш: 1 група – атрофія СО Ш (n=10); 2 група – кишечна метаплазія (КМ) в антральному відділі шлунка (n=20); 3 група – КМ тотальна в антральному відділі та тілі шлунка (n=39), IV група – дисплазія шлункових залоз (n=11).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У зв'язку з тим, що перебіг хронічного атрофічного гастриту пов'язаний з комплексом змін СО, серед яких можна виділити запальний та метапластичний компоненти, в усіх досліджених випадках було проведено морфологічне дослідження з послідовним аналізом вищезазначених змін. Виходячи з отриманих даних, запальний компонент поза залежністю від досліджуваної групи був найбільш виражений у ділянці антрального відділу шлунка. Найбільша частота виявлення клінічно значущого накопичення лімфоцитів та плазматичних клітин – 87,2% – в антральному відділі шлунка хворих 3-ї групи, найменша – 40,0% – в антральному відділі та тілі шлунка хворих 1-ї групи. Загострення хронічного запалення з нейтрофільним або еозинофільним компонентом також найчастіше в антральному відділі шлунка хворих 3-ї групи (25,60%), найменше загострення було характерне для 1-ї та 4-ї досліджуваних груп. Метапластичний компонент хронічного гастриту проявлявся в перебудові СО шлунка за рахунок атрофії нативних (характерних для цієї зони) залоз, розширення зони фундальних залоз та кишкової метаплазії. Власне атрофія частіше за все спостерігалась в антральному відділі хворих 3-ї групи (53,8%), у той час як площа КМ була най-

більшою в ділянці кута шлунка хворих 4-ї групи. Аналіз перелічених відмінностей дозволив виділити характерні особливості двох фенотипів розвитку хронічного гастриту. Для запального фенотипу, окрім вираженого глибокого накопичення лімфоцитів і плазматичних клітин та загострення запалення, характерним є розповсюдження запалення із залученням кута та фундального відділу шлунка, наявність інфекції НР. Невеликі осередки КМ в антральному відділі також можуть траплятися при цьому фенотипі, але загальна площа їх не перевищує 15% від площі біоптату. Для метапластичного фенотипу характерні відсутність загострення запалення та НР, локалізація запалення в антральному відділі без залучення кута та тіла шлунка, більш виражена атрофія, пілоризація та гіперплазія залоз, наявність неповної (товстокишкової) КМ, розповсюдження КМ до кута та тіла шлунка, збільшення площі КМ >15% від загальної площі біоптату. Зі зрозумілих причин, всі випадки 1-ї групи представляли собою варіанти запального фенотипу, у 2-й групі також переважав запальний тип над метапластичним (65,0% порівняно з 35,0%), у 3-й групі метапластичний фенотип децю переважав над запальним (53,8% порівняно з 46,2%) та в 4-й групі достовірно переважав метапластичний фенотип хронічного гастриту (72,7% порівняно з 27,3%).

ПІДСУМОК

Таким чином, при ізольованій КМ антрального відділу шлунка (2-а група) запальний фенотип гастриту переважав над метапластичним (65,0% порівняно з 35,0%), у той час, як при наявності дисплазії залоз (4-а група) достовірно переважав метапластичний фенотип (72,7% порівняно з 27,3%), з тенденцією до переважання метапластичного фенотипу у хворих з дифузною КМ (3-я група).

