

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России  
**ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ  
ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА**

Рак желудка занимает 3-4 место в структуре онкологической заболеваемости россиян. Основной стратегией профилактики рака желудочно-кишечного тракта является ранняя диагностика и радикальное лечение предраковых состояний и изменений слизистой оболочки, к которым относят полипы желудка. Общеизвестно, что ведущим звеном канцерогенеза, помимо собственно альтерации эпителиоцитов, является нарушение и извращение регенерации слизистой оболочки желудка при хроническом воспалении [1]. Возможность перехода полипов в рак несомненна, однако по данным различных сообщений частота малигнизации полипов варьирует в широких пределах (от 2,8 до 60 %). Опубликованные работы, посвященные особенностям морфологического строения полипов и морфофункциональных изменений слизистой оболочки желудка противоречивы. Известны случаи развития рака из одной ворсинки полипа, что определяет необходимость серийного исследования всего полиповидного образования слизистой желудка.

Полипом принято называть любое ограниченное образование, выступающее в просвет органа [3]. Согласно международной гистологической классификации, полипы желудка относятся к доброкачественным эпителиальным опухолям, в связи, с чем выделяют истинные (аденомы) и опухолеподобные образования. К последним относят полипы фундальных желез, гиперпластические и фиброзные полипы, которые по гистологическому строению не являются опухолями и развиваются вследствие различных патогистологических состояний: воспаления, гиперплазии, гетеротопии, гамартом.

По данным литературы, малигнизация гиперпластических полипов происходит очень редко (1,3 %), однако немаловажен тот факт, что гиперпластические полипы в 18-25 % случаев обнаруживают при раке желудка за пределами опухоли, что является дополнительным поводом для динамического наблюдения за такими больными [4].

**Цель исследования:** анализ возрастной и половой структуры больных с диагнозом «гиперпластический полип желудка», гистологического строения полипов и особенностей морфофункциональных изменений слизистой оболочки желудка.

#### **Материалы и методы**

Объектом морфологического исследования явились биоптаты полиповидных участков слизистой оболочки желудка. Отобраны гастробиоптаты от 114 пациентов с диагнозом «гиперпластический полип желудка», методом сплошной выборки от больных обоего пола, которым проведено эндоскопическое обследование в поликлинике ГБОУ ВПО «Тверской ГМУ Минздрава России» за период с 2013 по 2015 годы. Гистологические препараты, были окрашены гематоксилином и эозином, изучали под микроскопом с последующей оценкой морфологических признаков в разных полях зрения при увеличении 400. Идентификацию типа кишечной метаплазии проводили с использованием окраски альциановым синим в сочетании с ШИК-реакцией. 35 биоптатов окрашивали 0,1 % раствором толуидинового синего для гистобактериоскопического выявления *Helicobacter pylori* (HP) [2]. Степень контаминации HP оценивали как слабую, умеренную и выраженную. Анализ морфологической структуры полипов желудка проводили в соответствии с классификацией ВОЗ. В группу «гиперпластические полипы» нами были включены гиперпластические полипы и фовеолярная гиперплазия, являющаяся начальной стадией развития гиперпластического полипа [5]. После гистологической верификации патологических изменений слизистой оболочки был проведен клинкоморфологический анализ гиперпластических полипов желудка. Оценивали возраст и пол пациентов, локализацию, размер и морфологические особенности полипов (активность воспаления, наличие дисплазии и кишечной метаплазии). Обработка полученных данных

была проведена с применением анализа произвольных таблиц сопряженности с оценкой статистической значимости различий по критерию  $\chi^2$ .

### Результаты и обсуждение

Всего за 2013, 2014 и 2015 годы при проведении фиброгастроскопии было выявлено 114 больных с диагнозом «гиперпластический полип желудка» (мужчины — 31,58 %, женщины — 68,42 %, соотношение 1:2). Среди больных преобладали женщины в возрасте от 50 до 70 лет ( $p < 0,05$ ). Средний возраст больных с гиперпластическими полипами составлял  $57,3 \pm 1,3$  года. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастная структура больных с гиперпластическими полипами желудка, абс.( %)

| Пол     | До 30 лет | 31-40 лет | 41-50 лет | 51-60 лет | 61-70 лет | Старше 70 лет |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Мужчины | 6 (5,3)   | -         | 5 (4,4)   | 7 (6,1)   | 7 (6,1)   | 11 (9,7)      |
| Женщины | 2 (1,8)   | 3 (2,6)   | 11 (9,7)  | 22 (19,3) | 25 (21,9) | 15 (13,2)     |
| Всего   | 8 (7,0)   | 3 (2,6)   | 16 (14,0) | 29 (25,4) | 32 (28,1) | 26 (22,8)     |

Изучение особенностей локализации патологических процессов показало, что в 47,37 % случаев гиперпластические полипы развивались в антральном отделе, в 35,96 % наблюдений — в теле желудка. В пилорическом канале желудка полипы локализовались в 2,62 % случаях, в области кардии — у 4,4 % пациентов, в зоне Z линии — в 9,65 % наблюдений. Во всех эпизодах образования имели одиночный характер. Макроскопически полипы были представлены образованиями шаровидной и овальной формы размерами от 2 до 15 миллиметров.

Микроскопически гиперпластические полипы отличались большим количеством удлиненных, местами очень глубоких и деформированных ямок. Эпителий, выстилающий гиперплазированные ямки, был представлен фовеолярными цилиндрическими клетками с относительно мономорфными ядрами, лежащими в базальных отделах эпителиоцитов. В апикальных отделах эти клетки содержали большое количество нейтральных муцинов. На отдельных участках покровно-ямочного эпителия были выявлены очаги энтеролизации и дисплазии. В собственной пластинке отмечен отек и воспалительный инфильтрат, представленный большим числом лимфоцитов, плазматических клеток, эозинофилов.

При гистобактериоскопическом исследовании гастробиоптатов контаминация желудочной слизи *H. pylori* была выявлена в 30 наблюдениях из 35, что составило 85,71 %. Из них в 28 (80,00 %) полипах отмечалась артериальная гиперемия, отек интерстиция, а также лимфоплазмочитарная и макрофагальная инфильтрация стромы, свидетельствующая об активной фазе хронического воспаления. В препаратах с выраженной хеликобактерной обсемененностью были отмечены очаговые дистрофические и некротические изменения покровно-ямочного и железистого эпителия, а также инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами с образованием внутриэпителиальных абсцессов. При сопоставлении выраженности хронического воспаления со степенью хеликобактерной колонизации установлено, что активность воспалительного ответа коррелировала с обсемененностью НР. Вычисление критерия  $\chi^2$  по четырехпольной таблице показало статистически значимое различие ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты позволяют полагать, что персистенция НР является одним из факторов, инициирующих обострение хронического воспаления и обуславливающих гиперпластические изменения слизистой оболочки желудка, что подтверждается другими исследователями.

В 6 полипах (17,14 %) отмечены участки кишечной метаплазии, из них в 4 наблюдениях (11,43 %) выявлена очаговая полная (толстокишечная), в 2 (5,71 %) — очаговая неполная метаплазия. Полипы с метапластическими изменениями покровного эпителия отличались слабой контаминацией НР или ее отсутствием. Обсемененность НР в

полипах с очагами кишечной метаплазии, была статистически значимо меньше ( $p < 0,01$ ). Низкая частота встречаемости НР на поверхности гиперпластических полипов с явлениями кишечной метаплазии, по-видимому, связана с исключительной тропностью этих бактерий к желудочному эпителию.

#### **Выводы**

1. Среди больных с диагнозом «гиперпластический полип желудка» преобладали женщины в возрасте от 50 до 70 лет.
2. Большинство гиперпластических полипов (80,0 %) ассоциированы с колонизацией *H. pylori*.
3. Кишечная метаплазия покровного эпителия гиперпластических полипов, по-видимому, имеет приспособительный характер в целях защиты слизистой оболочки от альтерации НР.

#### **Литература**

1. Аруин Л.И., Кононов А.В., Мозговой С.И. Международная классификация хронического гастрита // Архив патологии, 2009. — №4. — С.11-18.
2. Куренков Е. Л. Морфологическая характеристика полиповидных образований желудка и фонового хронического гастрита/Е. Л. Куренков//Рос.журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2000. — №2.- С.18-25.
3. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника /Л. И. Аруин [и др.]; под общ.ред. Л. И. Аруина. — М.:Триада-Х, 1998. — 249 с.
4. Management of gastric polyps:a pathology based guide for gastroenterologists/ Susanne W. Carmack, Robert M. Genta, David Y. Graham and Gregory Y. Lauwers/2009
5. Tumours of the Digestive System Edited by Stanley R. Hamilton Lauri A. Aaltonen-IARC Press — Lyon, 2000. — 36 с.