

С.С. Халетова (Йошкар-Ола). Влияние преднизолона на морфологические изменения слизистой оболочки желудка у больных гастритом с секреторной недостаточностью

Мы провели гистологические и гистохимические исследования биоптатов слизистой оболочки тела желудка у 60 больных гастритами с секреторной недостаточностью до курсового лечения преднизолоном и после этого. У 20 больных был диагностирован гастрит с секреторной недостаточностью I степени, у 17 — II степени, у 23 — III степени. Полученные результаты оценивали по классификации, согласно которой различают 3 варианта морфологической картины слизистой желудка: 1 — нормальная слизистая, 2 — поверхностный гастрит, 3 — атрофический гастрит.

В таблице суммированы морфологические изменения слизистой оболочки желудка больных гастритом с секреторной недостаточностью до лечения преднизолоном (3 раза в день по 0,005 в течение 3 недель) и после этого.

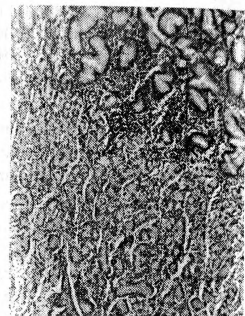
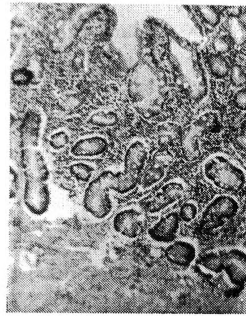


Рис. 1. Препарат слизистой оболочки желудка больной Ч., 52 лет. Диагноз: поверхностный гастрит. Клетки расположены неравномерно. В поверхностных слоях слизистой — лейкоцитарная инфильтрация.

Окраска гематоксиллин-эозином. Окуляр 7, объектив 8.

Рис. 2. Слизистая оболочка желудка той же больной Ч. после лечения преднизолоном. Состояние поверхностного эпителия значительно улучшилось, ядра клеток расположены правильно, отек подслизистого слоя отсутствует, умеренная лейкоцитарная инфильтрация.

Окраска гематоксиллин-эозином. Окуляр 7, объектив 8.

Морфологические изменения слизистой оболочки желудка больных гастритом с секреторной недостаточностью до лечения преднизолоном и после этого

Группы обследованных	n	Морфологическая картина					
		нормальная слизистая		поверхностный гастрит		атрофический гастрит	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Больные гастритом с секреторной недостаточностью							
I степени	20	2	5	16	15	2	0
II степени	17	5	6	8	9	4	2
III степени	23	0	0	10	15	13	8
Здоровые	10	10	10	0	0	0	0
Всего	60	7	11	34	39	19	10

Лечение преднизолоном больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью оказалось эффективным. У всех больных улучшилось общее состояние, появился аппетит, нормализовался стул, уменьшились боли, увеличилась секреция, повысилась общая кислотность, появилась свободная соляная кислота, улучшилась морфологическая картина слизистой оболочки (незначительно) в зависимости от исходного состояния.

Следует отметить, что эффективность стероидной терапии определяется морфологической стадией хронического гастрита, она дает наилучшие результаты при поверхностном гастрите (рис. 1 и 2) и менее определенные — при выраженной атрофической форме и гастрите “перестройки”.

На основании полученных результатов мы правомочны сделать следующие выводы.

1. Аспирационная биопсия позволяет выявить ранние изменения слизистой оболочки желудка даже при отсутствии нарушений секреторной, кислотообразующей функции.

2. При гастритах с секреторной недостаточностью в большинстве случаев снижение секреторной функции желудка сочетается с диффузными, различными по своей выраженности морфологическими изменениями слизистой его оболочки.

3. Гистаминрефрактерные состояния, как правило, дают морфологическую картину атрофического гастрита.

4. Применение преднизолона у больных гастритом с секреторной недостаточностью приводит к улучшению морфологической картины слизистой желудка.