

ПРОГРЕССИВ ДИСПЛАСТИК БУЗУЛИШЛАР ФОНИДА ОШҚОЗОН – ИЧАК ТРАКТИ ЮҚОРИ ҚИСМИ ПАТОЛОГИЯЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК-ЭНДОСКОПИК ВА МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ



Шодикулова Гуландом Зикрияевна, Саматов Дилшод Каримович, Мирзаев Озод Вохидович Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Шодикулова Гуландом Зикрияевна, Саматов Дилшод Каримович, Мирзаев Озод Вохидович Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

CLINICAL-ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH PATHOLOGIES OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT ON THE BACKGROUND OF PROGRESSIVE DYSPLASTIC DISORDERS

Shodikulova Gulandom Zikriyayevna, Samatov Dilshod Karimovich, Mirzaev Ozod Vakhidovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади прогрессив диспластик бузилишлар фонида ошқозон-ичак тракти юқори қисми патологияси мавжуд беморларнинг морфологик ва эндоскопик маълумотларини баҳолаш ҳамда касаллик кечишининг клиник хусусиятларини ўрганиш. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики бириктирувчи тўқима дисплазияси (БТД) билан оғриган беморларда юқори ошқозон-ичак тракти касалликларида, хусусан, ошқозонда энг ёрқин ўзгаришлар кузатилди. Морфологик тасвирлардаги характерли белгиларини асосан лимфоцитларнинг бир оз устунлиги билан хусусий пластинканинг кучсиз лимфоплазматик инфильтрацияси фонида лимфотситларнинг энгил устунлиги билан кечиши, ҳамда "ёпишқоқ бўлмаган" шакллар ёруғлик марказлари бор лимфоид фолликулларнинг мавжудлиги, *h.pylori* колонизатсиясининг заиф даражаси аниқланган. Гистопатологик нуқтаи назардан, функционал диспепсия билан оғриган барча беморларда ошқозон антрал қисмининг шиллиқ қавати яллиғланиш инфильтратлари кам бўлиб фақат шиллиқ парданинг сирт қатламларида жойлашган минимал морфологик ўзгаришлар билан тавсифланади.

Калим сўзлар: юқори ошқозон-ичак трактининг патологияси, бириктирувчи тўқима дисплазияси, эндоскопия ва морфология, *helicobacter pylori*.

Abstract. The aim of the study was to study the clinical features of the course of the disease, as well as to evaluate the morphological and endoscopic data of patients with pathology of the upper gastrointestinal tract against the background of progressive dysplastic disorders. The study revealed that the most striking changes in diseases of the upper gastrointestinal tract, in particular the stomach, were observed in patients with CTD. Characteristic signs of the morphological picture were predominantly weak lympho-plasmacytic infiltration of the lamina propria with a slight predominance of lymphocytes, a weak degree of *Helicobacter pylori* colonization with predominantly "non-adhesive" forms, the presence of lymphoid follicles with light centers. The histopathological mucosa of the antrum of the stomach in all patients with functional dyspepsia was characterized by minimal morphological changes, the inflammatory infiltrate was scarce and was located exclusively in the surface layers of the mucosal lamina propria.

Keywords: pathologies of the upper gastrointestinal tract, connective tissue dysplasia, endoscopy and morphology, *Helicobacter pylori*.

Долзарблиги. Терапиянинг қийин масалаларидан бири ошқозон-ичак тракти юқори қисми патологияси бўлган беморларда БТД нинг оғирлигини баҳолашдир. Кўпгина муаллифлар бунга турли аъзолар ва тизимларнинг патологик жараёнга, хусусан, ошқозон-ичак тракти ва ўт йўллари тизими билан боғлиқ бўлган БТД клиник кўришиларининг хилма-хиллиги билан боғлашади.

Материаллар ва тадқиқот усуллари.

Тадқиқотда юқори ошқозон-ичак тракти касалликлари бўлган 144 нафар беморлар киритилган бўлиб 20 ёшдан 55 ёшгача бўлган (ўртача $32,5 \pm 13,8$ ёш) иштирок этди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган: биринчи гуруҳда - 45(31%) БТД белгилари бўлмаган юқори ошқозон-ичак тракти касалликлари бўлган беморлар, иккинчи гуруҳда -

99(69%) БТД белгилари бўлган беморлар, шунингдек тадқиқотда назорат гуруҳига киритилган 20 нафар бемор иштирок этди. Бириктирувчи тўқима дисплазиясини (БТД) скрининг-диагностикаси учун клиник ва анамнестик текширув босқичида БТД нинг фенотипик кўринишларига астеник тана тузилиши, қомат бузилиши, кўкрак қафаси деформацияси, бўғимларнинг гипермобиллиги, чурра, терининг чўзилувчанлиги, тиш аномалиялари, миопия киради. Барча беморларда қон зардобидоги магний, гликозаминогликанлар, гиалуронидазалар ва оксипролин даражаси, шунингдек, азот оксиди тизимининг кўрсаткичлари аниқланди.

Асосан, беморлар умумий характердаги шикоятлар билан мурожаат қилишди, хусусан, холсизланиш ва чарчокнинг кучайиши, шу сабабли биоритм бузилганлиги ва иш қобилятининг пасайиши қайд этилган. Шу билан бирга, беморлар хотира бузилиши ва диққатни жамлашда кийинчилик ҳақида шикоят қилдилар, бу айниқса таълим жараёнида салбий акс этди. Уларда тез-тез бош айланиши ва бош оғриғи кузатилди. Беморларнинг фикрига кўра, юқоридаги шикоятлар аклий ва жисмоний фаоллик даврида тез-тез ва аниқроқ намоён бўлган. Беморларнинг субъектив шикоятлари кенг камровли бўлиб, асосан ошқозон-ичак трактидаги шикоятлар билан ифодаланган (1-жадвал).

Шундай қилиб, текширилганлар орасида ошқозон диспепсиясининг субъектив бузилишларини таҳлил қилишда БТД белгилари бўлган ва бўлмаган беморларда фарқлар аниқланди. Эпигастрал соҳадаги оғриқлар БТД билан оғриган 68 (68,7%) ва 25 (55,6%) БТД белгиларисиз, жиғилдон қайнаши БТД билан оғриган - 54 (54,5%) ва 15 (33,3%) - БТДсиз, кўнгил айнаши иккала гуруҳдаги беморларда бир хил частотада қайд этилган (35,6% ва 36,4%). БТД белгилари бўлган беморларда кекириш, ўнг қовурға ёйи остида оғирлик ва оғизда аччиқ таъм ҳисси кўпроқ қайд этилган ($p < 0,05$). Юқоридаги

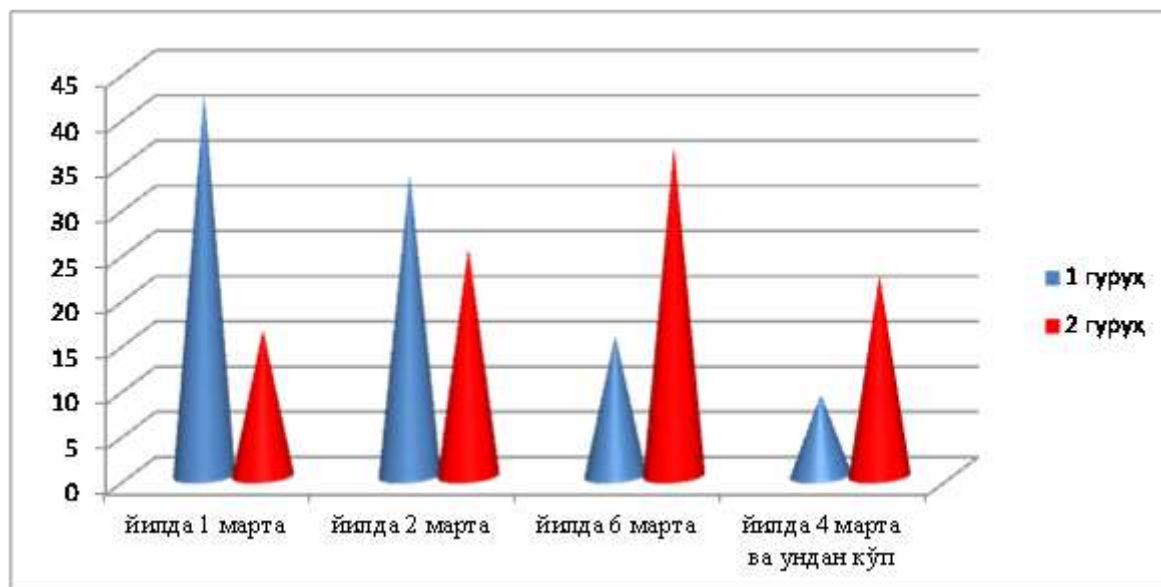
белгиларнинг частотаси 2-гуруҳдаги беморларда кўпроқ бўлган, биз эса бу белгиларнинг пайдо бўлиш частотаси ва асосий касалликнинг оғирлиги ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқликни аниқладик. Беморларнинг текширилган гуруҳларида юқорида кўрсатилган шикоятларнинг моҳиятини аниқлаш қизиқиш уйғотди. Агар биринчи навбатда, сўровнома ўтказилган беморларнинг аксарияти овқатдан кейин кекириш ва оғриқни кўрсатди. Иккинчи ўринда иштаҳани юқотиш шикоятлари, овқатдан кейин оғирлик ҳисси пайдо бўлди. Асосан, юқоридаги шикоятлар тилнинг караш билан қопланиши ва ютишнинг бузилиши билан биргаликда учрайди. Юқори ошқозон-ичак тракти патологияларининг кўзиш частотаси таҳлил қилинганда, биз 1-гуруҳда қайталаниш кўпроқ (йилига 1-2 марта), иккинчи гуруҳда эса бу кўрсаткичлар кўпроқ ифодаланган эканлигини аниқладик, чунки беморларнинг ушбу гуруҳи учун қайталаниш частотаси йилига 3-4 ёки ундан кўп марта бўлган (1-расм).

Эндоскопик текширув натижаларига кўра, беморларда қизилўнғач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда ўзгаришлар кузатилган. БТД нинг ташки белгилари бўлган беморларга ташхис қўйишда ҳам морфологик, ҳам функционал бузилишлар сезиларли даражада тез-тез аниқланди. Хусусан, БТД белгилари бўлган беморларда рефлюкс эзофагит - 12 (12,1%), гастрит - 17 (17,2%), дуоденит - 34 (34,3%) сезиларли даражада тез-тез кузатилган ($p < 0,05$). Функционал ўзгаришлар кўринишидаги кардиал қисм етишмовчилиги 54 (54,5%), ҳазм қилишнинг функционал бузилиши 48 (48,5%), диафрагма қизилўнғач тешиги чурраси 8 (8,1%), гастродуоденал рефлюкс 46 (46,5%) кўринишидаги функционал ўзгаришлар ҳам БТД белгилари бўлган беморларда кўпроқ кузатилган ($p < 0,05$).

Жадвал 1. БТД мавжудлиги билан боғлиқ гастроинтестинал патологиянинг клиник кўриниши

Аломатлар	Частотаси, %	
	1 гуруҳ (n=45)	2-гуруҳ (n=99)
Иштаҳанинг пасайиши	22 (48,9)	71(71,7)*
Жиғилдон қайнаши	15(33,3)	54(54,5)*
Кекириш	21 (46,7)	88(88,9) *
Кўнгил айнаши	16(35,6)	36(36,4)
Қусиш	10 (22,2)	23 (23,2)
Овқатдан кейин оғирлик ҳисси	15 (33,3)	65(65,7)*
Эпигастрал соҳада оғриқ	25(55,6)	68 (68,7)
Караш билан қопланган тил	15(33,3)	88(88,9) *
Овқатдан кейин оғриқ	22(48,9)	72(72,7)*
Дисфагия	8(17,8)	52(52,5)*

Изоҳ: * - 2-гуруҳ маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$).



Расм 1. БТД фонида ошқозон-ичак тракти патологиясининг қайталаниш частотаси

Шундай қилиб, БТД белгилари билан текширилганларда рефлюкс эзофагит сезиларли кўп учради (15-15,5%, $p < 0,05$), таққослаш учун БТД белгилари бўлмаганларда 2 нафар беморда (4,44%, $p < 0,05$), шунга ўхшаш тенденцияни эрозив булбит БТД билан оғриган беморларда 32 нафарда кузатилган (32,3%), БТД бўлмаган - 10 нафар беморларнинг маълумотлари билан солиштириганда ушбу симптомнинг учраши сезиларли даражада ошганлигини кўрсатди (22,2%, $p < 0,05$). Бизнинг тадқиқотимизда асосий гуруҳдаги гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги билан оғриган беморларни бирламчи эндоскопик текшириш пайтида қизилўнгач шиллик қаватининг шикастланиши таққослаш гуруҳига караганда оғирроқ бўлган. БТД бўлган гуруҳда 5 беморда III-Б даражали рефлюкс эзофагит аниқланган (21,7%), таққослаш гуруҳида эса бу содир бўлмаган ($p = 0,012$). II-Б даражали рефлюкс эзофагит 6 беморда содир бўлган (43,5%), асосий гуруҳда 5 (34,6%) ва таққослаш гуруҳларида ($p = 0,525$). IA даражали рефлюкс эзофагитнинг эндоскопик кўриниши БТД белгилари бўлмаган болаларда сезиларли даражада тез-тез учрайди - 7 бемор (65,4%), асосий гуруҳда 4 нафар беморда кузатилган (34,8%) ($p = 0,032$).

Олинган маълумотлар, бизнинг фикримизча, қизилўнгач шиллик қаватининг БТД билан оғриган беморларда рефлюкснинг зарарли таъсирига нисбатан паст қаршилиги билан боғлиқ бўлиши мумкин, бу бошқа муаллифларнинг тадқиқотлари натижаларига мос келади, айниқса эрозив ўзгаришлар, кардиал қисм етишмовчилиги, рефлюкс эзофагит, БТД белгилари бўлган беморларда кўпроқ учради.

Сурункали гастродуоденитнинг эндоскопик кўриниши ўрганилаётган гуруҳларда меъда шиллик қаватининг ўртача гиперемияси устунлиги билан тавсифланган - асосий

гуруҳнинг 34 беморида (45,7%) ва таққослаш гуруҳида 21 киши (68,75%), ($p = 0,024$). БТД фонида юзага келадиган сурункали гастродуоденитнинг эндоскопик белгилари орасида тананинг ва антрумнинг қўшма зарарланиши, гиперемиянинг аниқ даражаси, фолликуляр рельеф, ошқозон шиллик қаватида эрозив ўзгаришлар мавжудлиги, ўн икки бармоқли ичак рефлюксининг юқори частотаси, диффуз гиперемия, нодуляр рельеф, ўн икки бармоқли ичакнинг шиллик қаватининг эрозияси учради. Иккинчи гуруҳдаги беморларнинг 88,2% ичакдан ташқари ўзгаришлар кузатилди, масалан: холсизлик; чарчоқ; вазн юқотиш, иситма, кўзнинг шикастланиши (увеит, иридоциклит); қўшма шикастланиш (артралгия); тери шикастланиши (тугунчали эритема). Беморларнинг фақат 17,8% ичакдан ташқари белгилар кузатилмади. Тўқималарнинг гистологик препаратлари ошқозон шиллик қавати юқори ошқозон-ичак трактининг сурункали касалликларида, биринчи навбатда сурункали гастритда, БТД билан оғриган беморларда шиллик қаватдаги олдинги ўзгаришларни акс эттирди. Ошқозоннинг пилорик қисми шиллик қавати бўлақларининг биопсиясида париетал ҳужайралар кўп бўлиб, уларнинг сони гастродуоденал бирикма яқинида кескин кўпайиши мумкин. Фундал шиллик қаватини антрал шиллик қаватдан ажратишга имкон берувчи энг ишончли белгилар охириги асосий ҳужайраларнинг йўқлигидир (2-расм).

Алоҳида биоптларда ўрганилаётган бўлақлардаги атрофик безлар улушининг ўртача арифметик қиймати ҳар бир бўлимдан олинган биопсия намуналарининг мавжуд сони учун ҳисоблаб чиқилган, ўчоқли псевдоатрофия билан оғриган ошқозон шиллик қавати безлари фоизи қайд этилган (3-расм).

Барча текширилган беморлар Ошқозони пилорик қисмининг шиллик қаватида битта париетал хужайралар мавжуд ва уларнинг сони гастродуоденал бирикма яқинида кескин кўпайиши мумкин. Фундал қисми шиллик қаватини антрал шиллик қаватдан ажратишга имкон берувчи энг ишончли белгилар бу охирги асосий хужайраларнинг йўқлиги, шунингдек ошқозон танасининг шиллик қаватидан фарқли ўлароқ безларнинг шохланишини кўриш мумкин (4-расм).

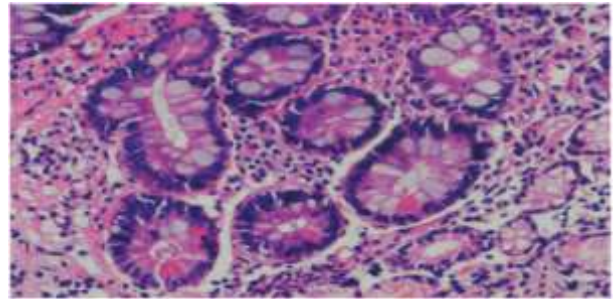
Шиллик қават ошқозоннинг пастки қисмидаги учбурчак зонага хосдир. Шиллик қаватнинг қалинлиги 200-1100 микронни ташкил қилади, чуқурликдаги эпителий эса тахминан 40% ни ташкил қилади, безларнинг юқори қисмлари шохланади ва кўпинча сиртга перпендикуляр йўналтирилмайди. Безларнинг чуқур қисми ўралган қувурли безлардан иборат, уларнинг баъзилари шохланади ва шиллик қаватнинг мушак пластинкасининг шнурлари билан ажралиб туради.

Улар асосан базал жойлашган ядролари бўлган муцин ишлаб чиқарувчи хужайралар томонидан ҳосил бўлади, улар ГЕ билан бўялганда, бачадон бўйни шиллик қаватларидан фарқ қилмайди (5-расм).

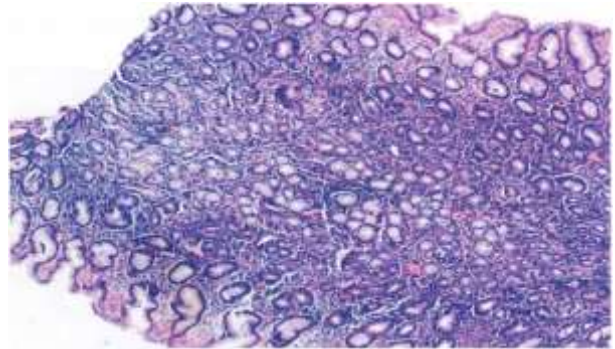
Барча беморларда сурункали гастритнинг морфологик кўринишига мос келадиган турли хил ифодаланган (муқобил, ёки самарали) яллиғланиш ўзгаришлари мавжуд эди. Ошқозон антрал қисми шиллик қаватининг хусусий пластинкасида моноклеар инфилтратнинг сақланиши 3 нафар беморда аниқланган.

Кўпгина қон томирлари деворлари ўрганилаётган ҳудуддаги бириктирувчи тўқима толаларининг гранулятсияси туфайли юзага келади, бу коллаген толаларининг ҳар хил зичлиги, эҳтимол турли тузилишга боғлиқ эканлиги билан тавсифланади. Юқорида тавсифланган сурункали яллиғланиш жараёнлари фонида препаратлар кичик қон томирлари деворларининг қалинлашини кўрсатади, юмшоқ оқсил массалари чўкинди, ёки йиртилган ингичка коллаген толалари шаклида тўпланади. Ушбу аломатлар микроангиопатияга хосдир.

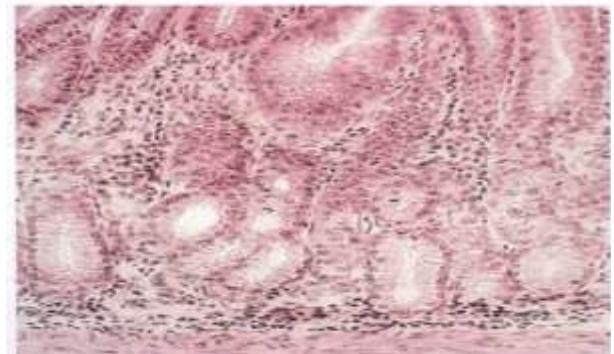
Шундай қилиб, БТД мавжуд ОИТ касаллиги бор беморларда морфологик текширишлар натижасида беморларда, хусусан, ошқозонда энг ёрқин ўзгаришлар кузатилган. Бу ўзгаришлар беморнинг ошқозон шиллик қаватида қоплаб париетал хужайралар мавжудлиги, ўчоқли псевдоатрофияли ошқозон шиллик қавати безлари юқори фоизи қайд этилганлиги ва гастродуоденал ўтиш соҳаси яқинида париетал хужайралар сонини кескин кўпайиши кузатилганлиги билан намоён бўлган.



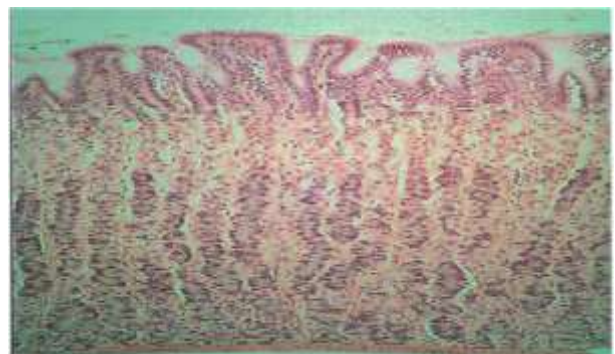
Расм 2. БТД билан оғриган беморнинг ошқозон шиллик қавати. Бир нечта париетал хужайралар мавжуд. Бўяш: гематоксилин ва эозин×300.



Расм 3. БТД билан оғриган беморда ошқозон шиллик қаватининг бўлаги. Фокал псевдоатрофия билан ошқозон шиллик қавати безлари фоизи қайд этилган. Бўяш: гематоксилин ва эозин×150



Расм 4. Ошқозоннинг пилорик қисмининг шиллик қаватида битта париетал хужайралар мавжуд бўлиб, уларнинг сони гастродуоденал бирикма яқинида кескин кўпайиши мумкин. Бўяш: гематоксилин ва эозин×250



Расм 5. Базал жойлашган ядролари ва гранулятсия қилувчи бириктирувчи тўқима толалари бўлган муцин ҳосил қилувчи хужайралар Бўяш: гематоксилин ва эозин×250

Бундан ташқари, шиллик қават БТД фониди узоқ муддатли жараёнлар натижасида кон таъминоти бузилганлиги ва нормал эпителиал-стромал нисбатнинг бузилиши туфайли дисрегенерация белгилари билан пролифератив жараёнларнинг аниқ намоён бўлишига эга эди. Бундай ҳолларда улар эпителиал қаватининг метаплазияси ва дисплазияси шаклида намоён бўлади.

Морфологик тасвирларда характерли белгилар асосан хусусий пластинканинг кучсиз лимфоплазматик инфильтрацияси фониди лимфоцитларнинг энгил устунлиги билан кечиши, ҳамда "ёпишқоқ бўлмаган" шакллар ёруғлик марказлари бор лимфоид фолликулларнинг мавжудлиги, *h. pylori* колонизациясининг заиф даражаси аниқланган. Гистопатологик нуқтаи назардан, функционал диспепсия билан оғриган барча беморларнинг ошқозон антрал қисми шиллик қаватида минимал морфологик ўзгаришлари кузатилган, яллиғланиш инфилтрати кам кўринишли бўлиб, фақат шиллик парданинг юзаки қатламларида жойлашган.

Адабиётлар:

1. Батаев Х.М. Бирлаштирувчи тўқима дисплази намоён бўлган ўсмирларда гастроезофагиал рефлюкс касаллиги: иммунологик жиҳатлар // Доғистон давлат тиббиёт академиясининг хабарномаси. - 2016 йил. 1-сон (18). - С. 17 - 20.
2. Земтсовский Э.В. Юракнинг кичик аномалиялари ва диспластик фенотиплар // Санкт-Петербург: "ИВЕСЕП" нашриёти, 2011. - П.160.
3. Кононов А.В. Сурункали гастрит фенотипининг асоси сифатида ошқозон шиллик қаватининг атрофияси морфогенези // Арч. Пат. - 2011. - Нашр. 3. - С. 26-31.
4. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. - 2022. - №. 1 (81). - С. 75-79.
5. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. - 2019. - №. 4 (1). - С. 338-342.
6. Чернуха С.Н. Дифференциацияланмаган бириктирувчи тўқима дисплазияси бўлган беморларда атрофик гастритни даволаш хусусиятлари / С. Н. Чернуха. - Матн: тўғридан-тўғри // Ёш олим. - 2014. - Но 10 (69). - С. 94-97.
7. Шихнабиева М.Д., Батаев Х.М., 2014. Бирлаштирувчи тўқима дисплази ва унинг овқат ҳазм қилиш тизими патологиясини ривожланишидаги ўрни. // Доктор. - 2014 йил. - 2-сон. - С. 7 - 9.

8. Шодикулова Г.З., Бабамуродова З.Б. Дифференциацияланмаган бириктирувчи тўқима дисплазиясида коллагенларга баъзи автоантискорларнинг клиник-диагностик аҳамияти // Евроосиё шифокорлар ассотсиациясининг ИВ Конгресси – Тошкент, 2018. – Б.31

9. Шодикулова Г.З. Клиник лаборатория параметрлари ва уларнинг УСТДдаги магний даражалари билан боғлиқлиги. "Фан ва таълим ютуқлари" Россия, 2019 йил № 10 (51), 41-45-бетлар.

10. Голденринг ЖР Оксинтик атрофия, метаплазия ва ошқозон саратони / ЖР Голденринг, КТ Нам // Прог. Мол. Биол. Таржима. фан. - 2010. - жилд. 96. - Б. 117-131.

11. Салис Г., 2011. Тизимли таҳлил: Лотин Америкасида гастроезофагиал рефлюкс касаллиги эпидемиологияси. Аста Гастроэнтерол Латиноам В.41 (1). Б. 60-69.

12. Шодикулова Г.З., Мирзаев О.В., Бабамуродова З.Б. Ўзбек популяциясида дифференциацияланмаган бириктирувчи тўқима дисплазиясининг клиник вариантлари тарқалиши // "Европа тадқиқотлари: - Лондон, Буюк Британия, 2020 йил. - Р. 90-92.

13. Шодикулова Г., Саматов Д., Таирова З. Патологиянинг клиник кечиши // Биотиббиёт ва амалиёт журнали.-2021.-№1.с.160-166.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Шодикулова Г.З., Саматов Д.К., Мирзаев О.В.

Резюме. Целью исследования было изучение клинических особенностей течения заболевания, а также оценка морфологических и эндоскопических данных больных с патологией верхних отделов ЖКТ на фоне прогрессирующих диспластических нарушений. В ходе исследования выявлено, что наиболее яркие изменения при заболевании верхних отделов ЖКТ в частности желудка отмечались у больных с дисплазиями соединительной ткани (ДСТ). Характерными признаками морфологической картины явились преимущественно слабая лимфо-плазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки с незначительным преобладанием лимфоцитов, слабая степень колонизации *helicobacter pylori* преимущественно «неадгезивными» формами, наличием лимфоидных фолликулов со светлыми центрами. Гистопатологически слизистая оболочка антрального отдела желудка у всех больных с функциональной диспепсией характеризовалась минимальными морфологическими изменениями, воспалительный инфильтрат был скудным и располагался исключительно в поверхностных слоях собственной пластинки слизистой оболочки.

Ключевые слова: патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, дисплазия соединительной ткани, эндоскопия и морфология, *Helicobacter pylori*.