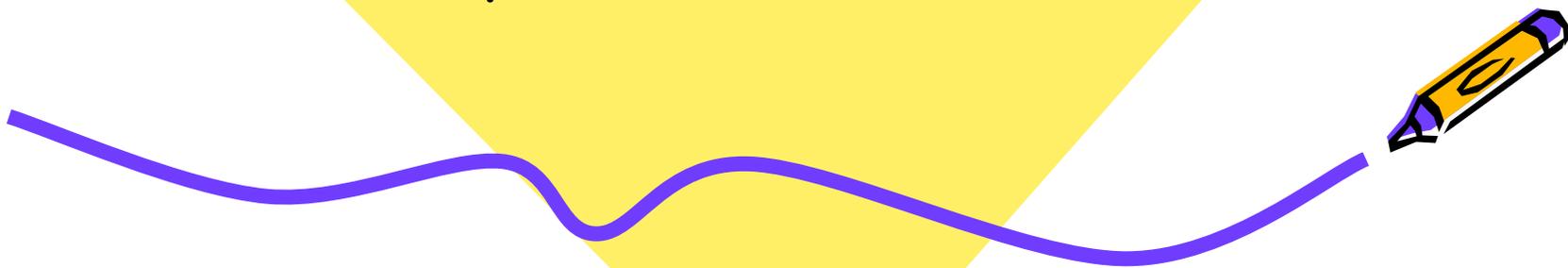


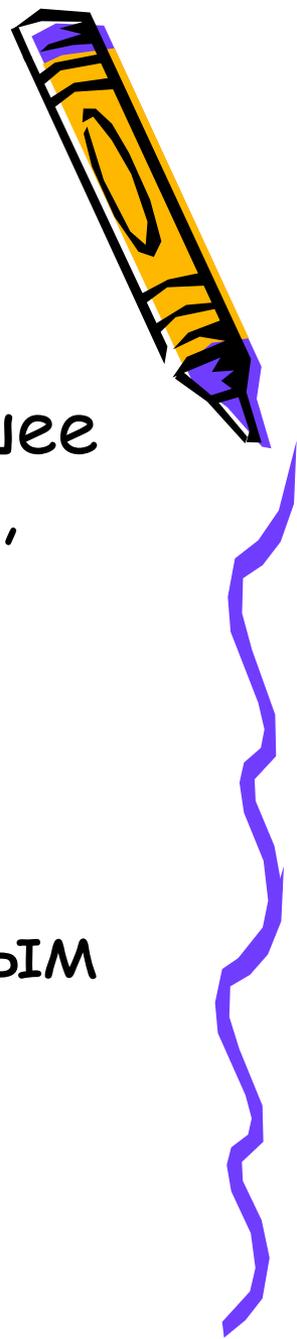


# Заболевания ЖКТ

Лекция по патанатомии



# БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА



- Среди заболеваний желудка наибольшее значение имеют хронический гастрит, язвенная болезнь и рак.
- Гастрит
- Гастрит — воспаление слизистой оболочки желудка.
- По течению гастрит может быть острым и хроническим.



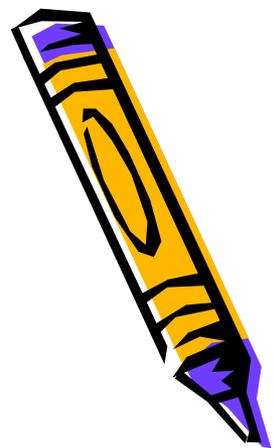
# Острый гастрит



- Развивается вследствие раздражения слизистой оболочки алиментарными, токсическими, микробными факторами.
- В зависимости от особенностей морфологических изменений выделяют следующие формы острого гастрита:
  - а. Катаральный (простой).
  - б. Фибринозный.
  - в. Гнойный (флегмонозный).
  - г. Некротический (коррозивный).
- Наиболее часто встречающейся формой является катаральный гастрит (см. «Общий курс», тему б «Воспаление»).



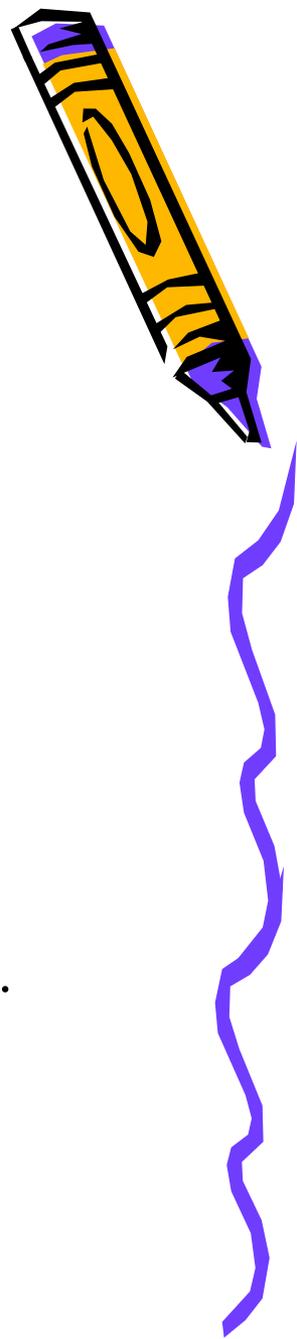
# ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ



- *Хронический гастрит*
- • В морфогенезе хронического гастрита большую роль играют нарушение регенерации и структурная перестройка слизистой оболочки.
- **Классификация хронического гастрита.**
- 1. По этиологии и особенностям патогенеза выделяют гастриты А, В и С. Преобладает гастрит В, гастриты А и С встречаются редко.



# ГАСТРИТ А



- *Гастрит А* — аутоиммунный гастрит.
- Аутоиммунное заболевание, связанное с появлением аутоантител к липопротеиду париетальных клеток и внутреннему фактору, блокирующих его связывание с витамином В12-
- Часто сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями (тиреоидит, Аддисонова болезнь).
- Проявляется преимущественно у детей и стариков.
- Локализуется в фундальном отделе.
- Характерны резкое снижение секреции НС1 (ахлоргидрия), гиперплазия G-клеток и гастринемия.
- Сопровождается развитием пернициозной анемии.



# ГАСТРИТ В



- *Гастрит В* — неиммунный гастрит.
- Наиболее часто встречаемая форма гастрита.
- Этиологию связывают с *Helicobacter pylori*, который обнаруживают у 100 % больных.
- В развитии также играют роль различные эндогенные и экзогенные факторы (интоксикации, нарушение ритма питания, злоупотребление алкоголем).
- Локализуется в антральном отделе, может распространяться на весь желудок



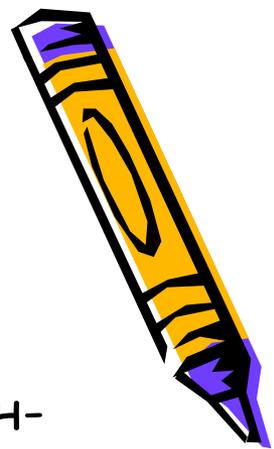
# ГАСТРИТ С



- *Гастрит С* — рефлюкс-гастрит.
- Связан с забросом содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок.
- Часто возникает у людей, перенесших резекцию желудка.
- Локализуется в антральном отделе.
- Секреция HCl не нарушена и количество гастрина не изменено.



# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРИТА

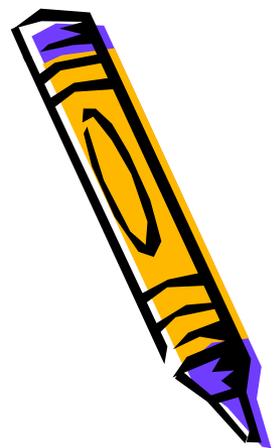


- По топографии процесса выделяют антральный, фундальный гастрит и пангастрит.
- В зависимости от морфологической картины выделяют поверхностный (неатрофический) и атрофический гастрит.
- Для каждой из этих форм характерна лимфоплазмочитарная инфильтрация слизистой оболочки.
- В зависимости от интенсивности клеточного инфильтрата различают легкий, умеренный и выраженный гастрит.

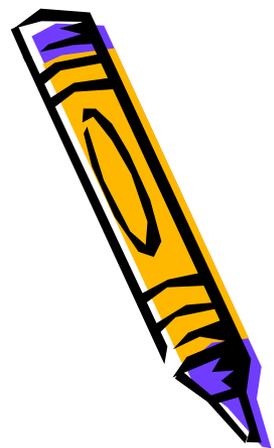


# ГАСТРИТ

- Гастрит может быть активным и неактивным. Для активной фазы характерны полнокровие, отек стромы, появление в инфильтрате ПЯЛ и лейкопедез (проникновение ПЯЛ в эпителиальные клетки).

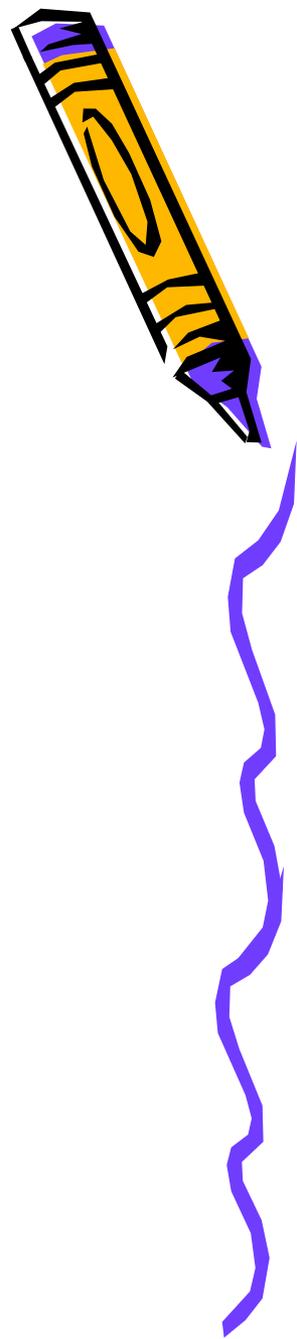


# Поверхностный гастрит



- Лимфоплазмочитарный инфильтрат располагается в поверхностных отделах слизистой оболочки желудка на уровне валиков.
- Прогноз обычно благоприятный. В ряде случаев может переходить в атрофический гастрит



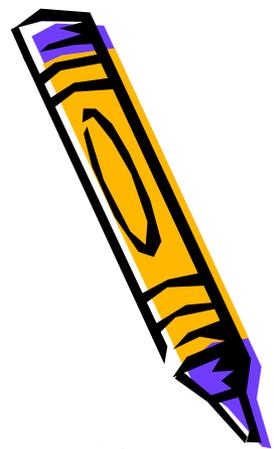


# Атрофический гастрит

- Слизистая оболочка истончена, количество желез уменьшено.
- В собственной пластинке диффузный лимфоидно-плазмочитарный инфильтрат, выраженный склероз.



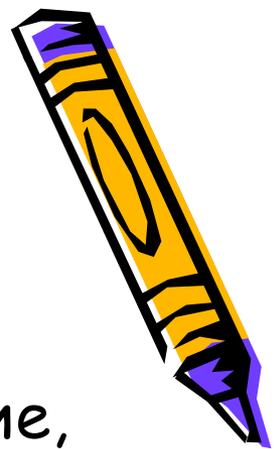
# Атрофический гастрит



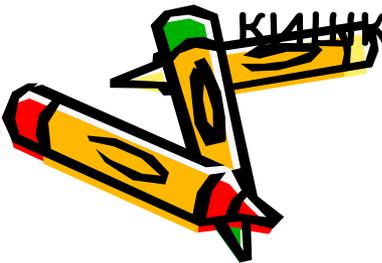
- Характерна структурная перестройка с появлением фокусов кишечной и пилорической метаплазии.  
В первом случае вместо желудочных валиков появляются кишечные ворсинки, выстланные кишечным эпителием с многочисленными бокаловидными клетками. Во втором случае железы напоминают слизистые, или пилорические.
- Часто возникают фокусы дисплазии. На фоне тяжелой дисплазии эпителия может развиваться рак желудка.



# Язвенная болезнь желудка



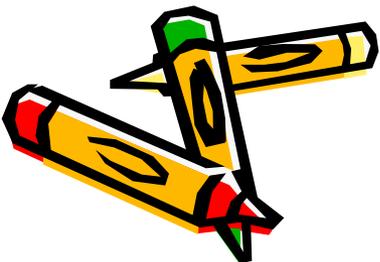
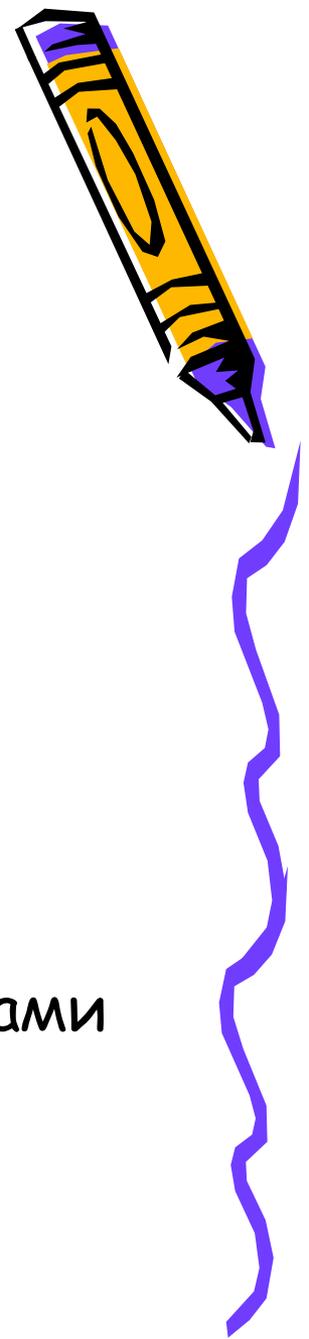
- Язвенная болезнь — хроническое заболевание, морфологическим субстратом которого является хроническая рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.
- Язвенную болезнь необходимо дифференцировать от симптоматических язв, возникающих при других заболеваниях и состояниях (стероидные, аспириновые, токсические, гипоксические язвы и пр.).
- Хронические язвы при язвенной болезни могут локализоваться в теле желудка, пилороантральном отделе двенадцатиперстной кишке.



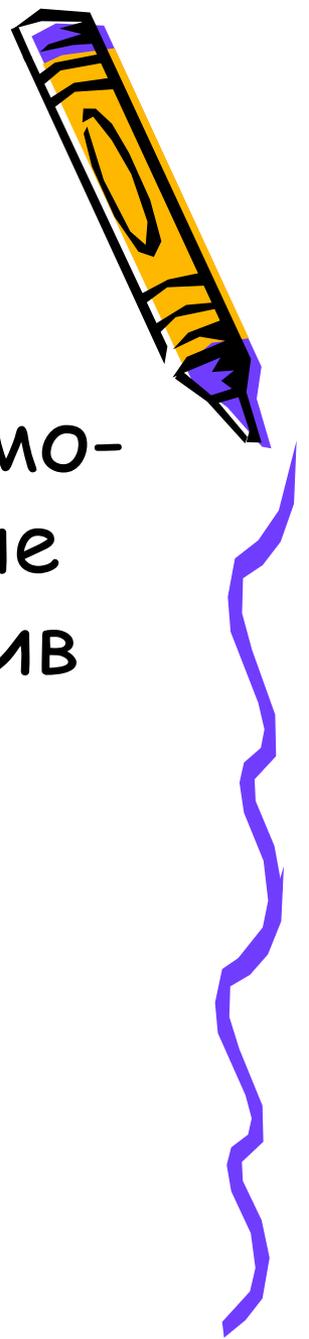
# Патогенез

## пилородуоденальных язв:

- ° гипертонус блуждающего нерва с повышением активности кислотно - пептического фактора,
- ° нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки
- , ° повышение уровня АКТГ и глюкокортикоидов,
- ° значительное преобладание кислотно-пептического фактора агрессии над факторами защиты слизистой оболочки.



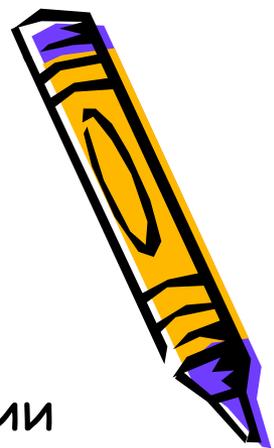
# Патогенез язвы тела желудка:



- ° подавление функций гипоталамо-гипофизарной системы, снижение тонуса блуждающего нерва и активности желудочной секреции, ° ослабление факторов защиты слизистой оболочки



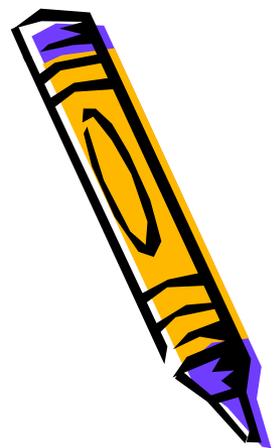
# СТАДИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА



- При формировании хроническая язва проходит стадии эрозии и острой язвы.
- а. **Эрозия** — это поверхностный дефект, образующийся в результате некроза слизистой оболочки.
- б. **Острая язва** — более глубокий дефект, захватывающий не только слизистую оболочку, но и другие оболочки стенки желудка. Имеет неправильную округло-овальную форму и мягкие края.
- Дно острых эрозий и язв окрашено в черный цвет вследствие накопления солянокислого гематина.



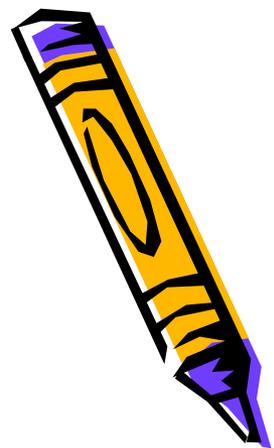
# Морфология хронической язвы.



- В желудке чаще локализуется на малой кривизне, в двенадцатиперстной кишке — в луковице на задней стенке.
- Имеет вид глубокого дефекта овальной или округлой формы, захватывающего слизистую и мышечную оболочки.
- Края язвы плотные, орозоленные. Проксимальный край подрыв и слизистая оболочка нависает над ним, дистальный — пологий, имеет вид террасы, ступени которой образованы слизистой оболочкой, подслизистым и мышечным слоями.



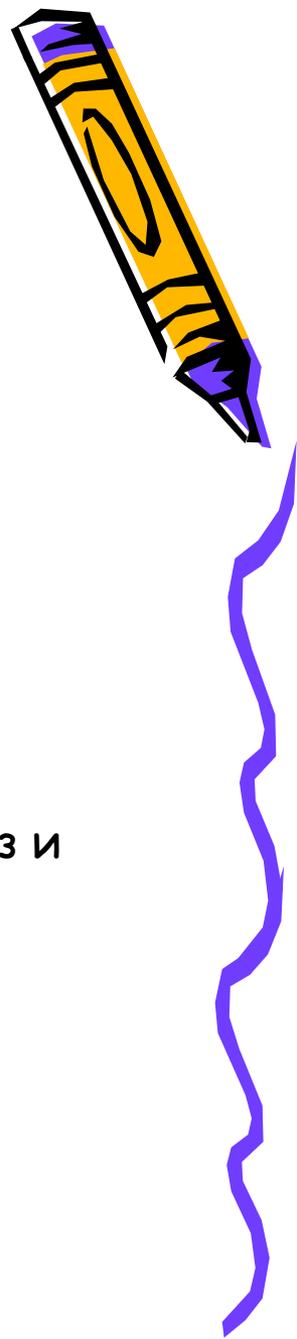
# Микроскопическая картина



- зависит от стадии язвенной болезни.
- а. В стадии ремиссии в дне язвы видна рубцовая ткань, вытесняющая мышечный слой, с единичными склерозированными и облитерированными сосудами. Нередко отмечается эпителизация язвы.
- б. В стадии обострения в дне язвы отчетливо различимы 4 слоя: фибринозно-гнойного экссудата, фибриноидного некроза, грануляционной и фиброзной ткани, в которой видны склерозированные сосуды. В стенках некоторых сосудов отмечается фибриноидный некроз. Наличие зоны некроза, отграниченной воспалительным валом, а также фибриноидных изменений в стенках сосудов свидетельствуют об обострении язвенного процесса.



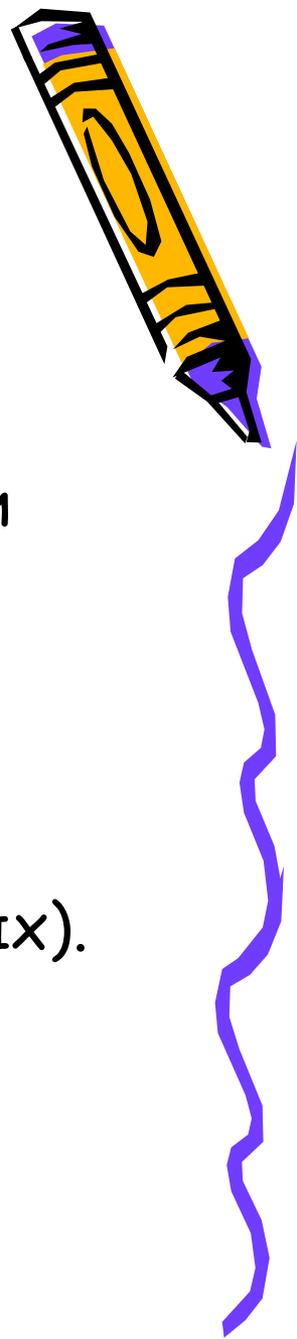
# Осложнения язвенной болезни.



- 1. Язвенно-деструктивные:
  - прободение (перфорация) язвы,
  - пенетрация (в поджелудочную железу, стенку толстой кишки, печень и пр.),
  - кровотечение.
- 2. Воспалительные:
  - гастрит, перигастрит, ◦ дуоденит, перидуоденит.
- 3. Язвенно-рубцовые:
  - стеноз входного и выходного отверстий желудка, ◦ стеноз и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.
- Малигнизация язвы желудка (не более чем в 1 %).
- Комбинированные осложнения.



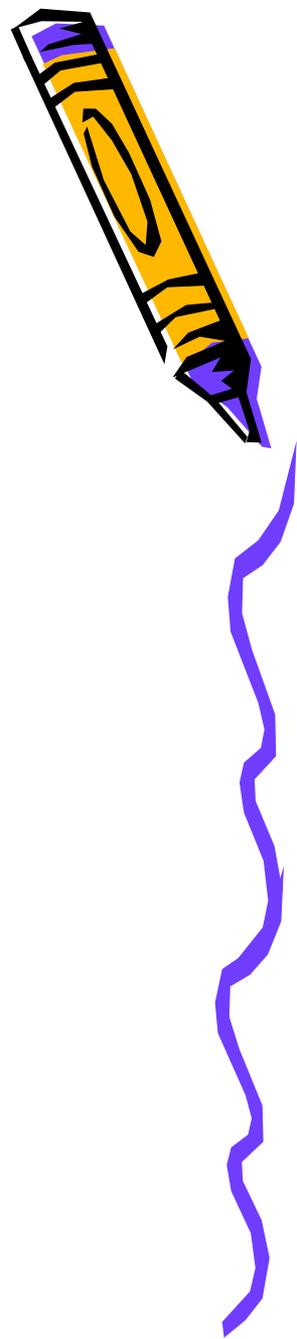
# Острый аппендицит



- • В развитии имеют значение:
- а. Обструкция аппендикса (чаще каловыми массами) со снижением резистентности слизистой оболочки и инвазией микроорганизмов в стенку отростка.
- б. Необструктивный аппендицит может возникать вторично при генерализованных инфекционных заболеваниях (чаще вирусных).



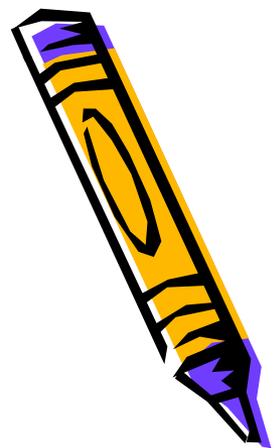
# Морфологические формы острого аппендицита.



- 1. *Простой.*
- Сопровождается расстройствами кровообращения, небольшими кровоизлияниями, мелкими скоплениями лейкоцитов — первичный аффект.
- 2. *Поверхностный.*
- Характерен очаг гнойного воспаления в слизистой оболочке.



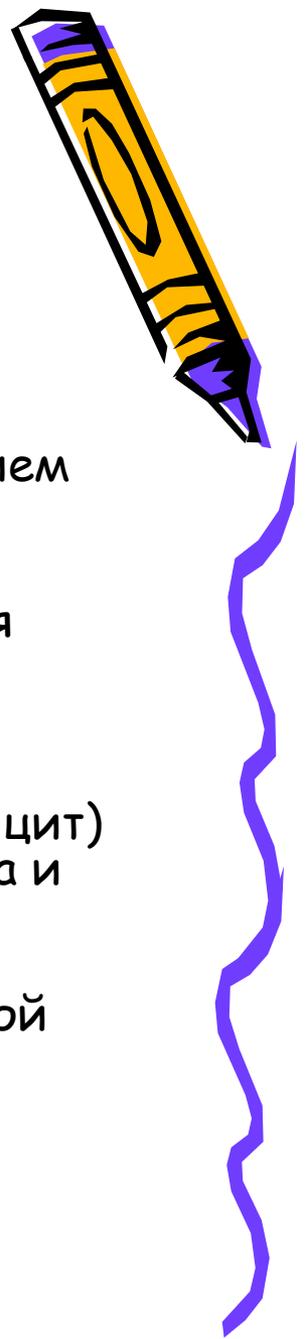
# Деструктивный аппендицит



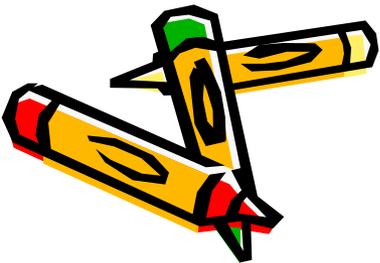
- а. Флегмонозный:
- ° отросток увеличен, серозная оболочка тусклая, полнокровная, покрыта фибринозным налетом; стенки утолщены, из просвета выделяется гнойное содержимое,
- ° микроскопически выявляется диффузная инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами всей толщи отростка.



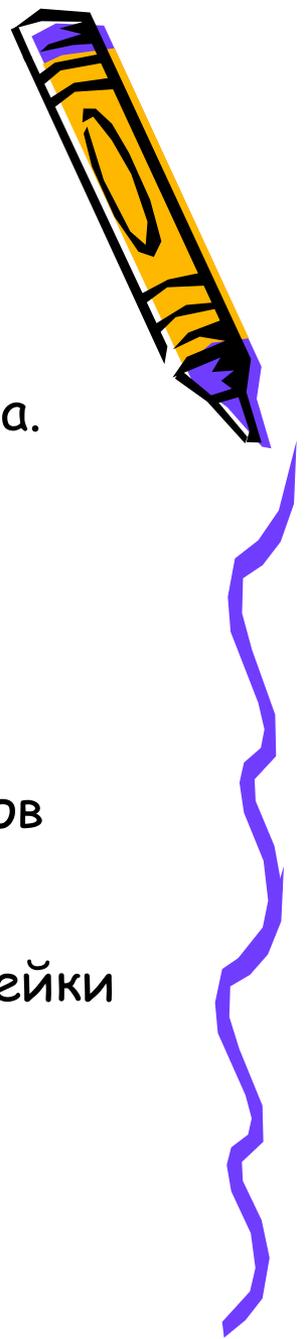
# Деструктивный аппендицит



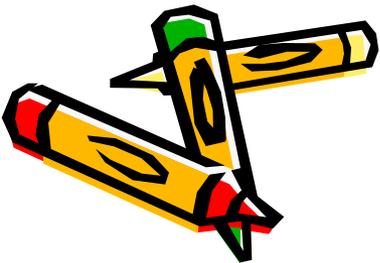
- б. **Флегмонозно-язвенный:**
  - диффузное гнойное воспаление с некрозом и изъязвлением слизистой оболочки.
- в. **Апостематозный:**
  - на фоне диффузного гнойного воспаления определяются абсцессы.
- г. **Гангренозный:**
  - возникает при тромбозе или тромбоземболии артерии брыжеечки аппендикса (первичный гангренозный аппендицит) или при тромбозе ее в связи с развитием периаппендицита и гнойного мезентериолита (вторичный гангренозный аппендицит),
  - стенки отростка приобретают серо-черный цвет, на серозной оболочке фибринозно-гнойные наложения.



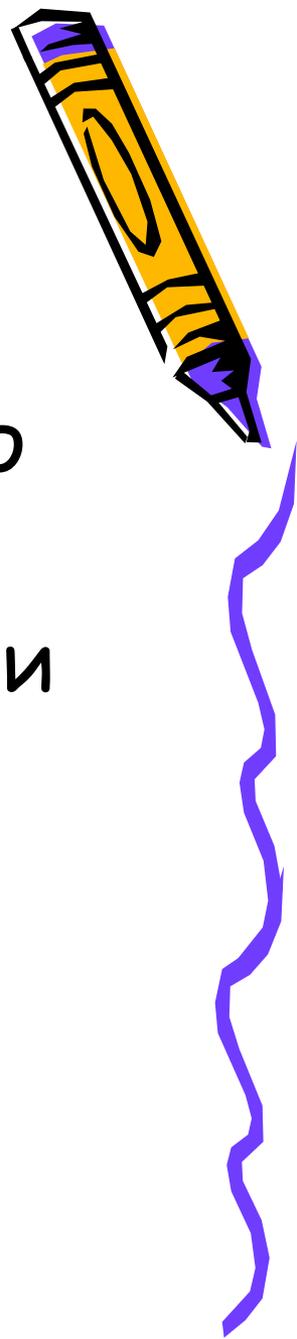
# Осложнения острого аппендицита.



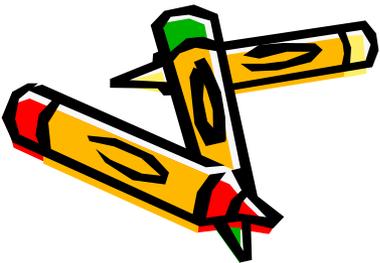
- ° Возникают при деструктивных формах аппендицита.
- а. *Перфорация:*
- ° с развитием разлитого гнойного перитонита, ° с развитием периаппендикулярного абсцесса с последующим разрастанием фиброзной ткани и уплотнением .
- б. *Эмпиема отростка:*
- ° развивается при обструкции проксимальных отделов отростка.
- в. *Пилефлебические абсцессы печени:*
- ° связаны с гнойным тромбофлебитом сосудов брыжейки и пилефлебитом (воспаление полых вен).



# Хронический аппендицит



- Развивается после перенесенного острого аппендицита.
- Характеризуется склеротическими и атрофическими процессами, лимфогистиоцитарной инфильтрацией.

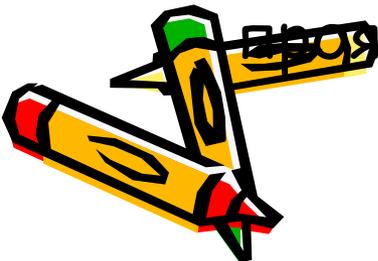


# Воспалительные заболевания кишечника

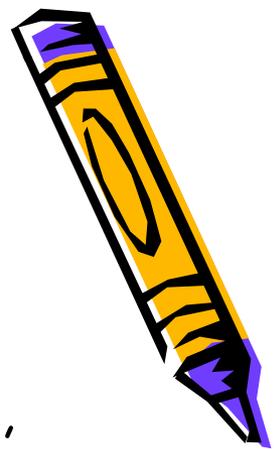
## Болезнь Крона



- В развитии играет роль наследственная предрасположенность.
- Болезнь возникает преимущественно у молодых, хотя может встречаться в любом возрасте.
- Могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта, но наиболее характерная локализация — илеоцекальная область (старое название болезни «терминальный илеит»).
- Часто сопровождается внекишечными проявлениями: артритами, склерозирующим холангитом, разнообразными кожными проявлениями и пр.



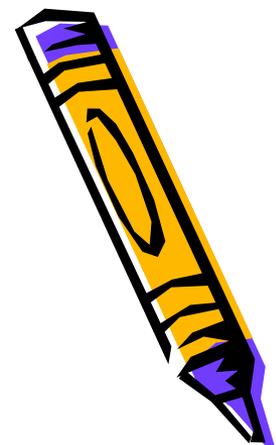
# Морфологическая характеристика.



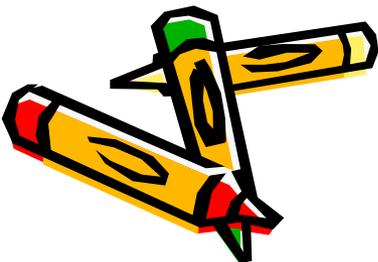
- В стенке кишки развивается хроническое воспаление, захватывающее все слои стенки.
- Более чем в половине случаев образуются неспецифические гранулемы без некроза (напоминают саркоидные), выражен фиброз подслизистого слоя.
- Типично скачкообразное поражение кишки: пораженные участки кишки чередуются с нормальными.
- Характерно утолщение стенки пораженного сегмента кишки с сужением просвета.
- Глубокие щелевидные поперечные и продольные язвы; отек подслизистого слоя сохранившихся участков кишки с выбуханием покрывающей их слизистой оболочки, что придает ей вид булыжной мостовой



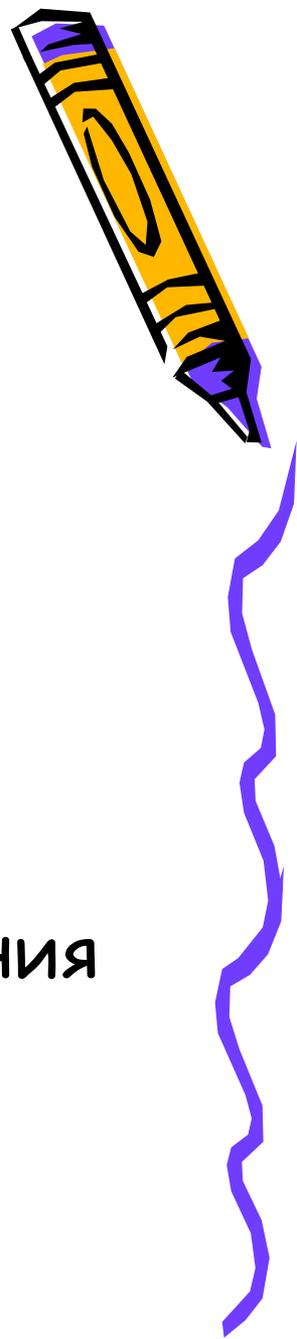
# Осложнения.



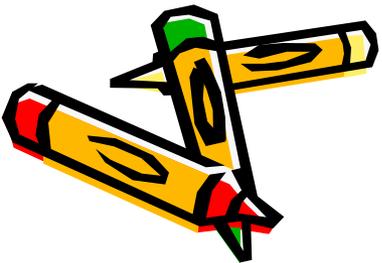
- Диарея, синдром мальабсорбции.
- Кишечная непроходимость (вследствие рубцового сужения).
- Свищи — межкишечные, кишечно-пузырные, кишечно-влагалищные, наружные и пр.
- Примерно у 3 % больных развивается рак кишки.



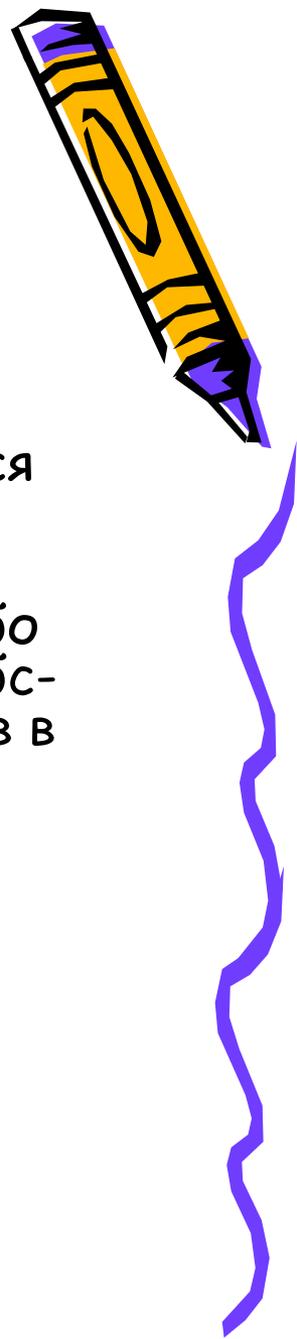
# Неспецифический язвенный колит



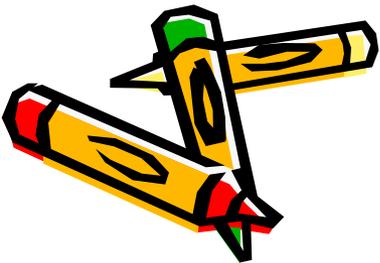
- Этиология неизвестна.
- Может иметь семейный характер.
- Встречается в любом возрасте, чаще молодом.
- Часты внекишечные проявления: артриты, ирит и эписклерит, склерозирующий холангит, заболевания кожи.



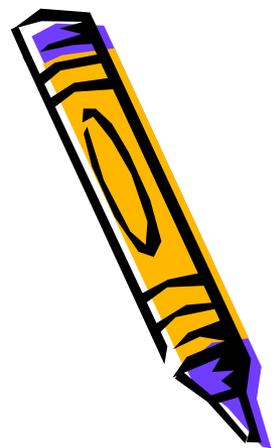
# Морфологическая характеристика.



- Изменения ограничены толстой кишкой (в подавляющем большинстве случаев); прямая кишка вовлекается в процесс у всех больных; может быть поражена вся толстая кишка.
- Воспаление и изъязвления ограничены слизистой оболочкой и подслизистым слоем; характерны крипт-абсцессы (скопление полиморфно-ядерных лейкоцитов в криптах кишки).
- Изъязвления могут быть обширными с сохранением лишь небольших участков слизистой оболочки, которые образуют «псевдополипы».
- Макроскопически слизистая оболочка кишки обычно красная с гранулированной поверхностью.



# Осложнения



- Токсический мегаколон — состояние, при котором отмечается значительное расширение кишки.
- Перфорация кишки.
- у 5— 10 % больных развивается рак кишки.

