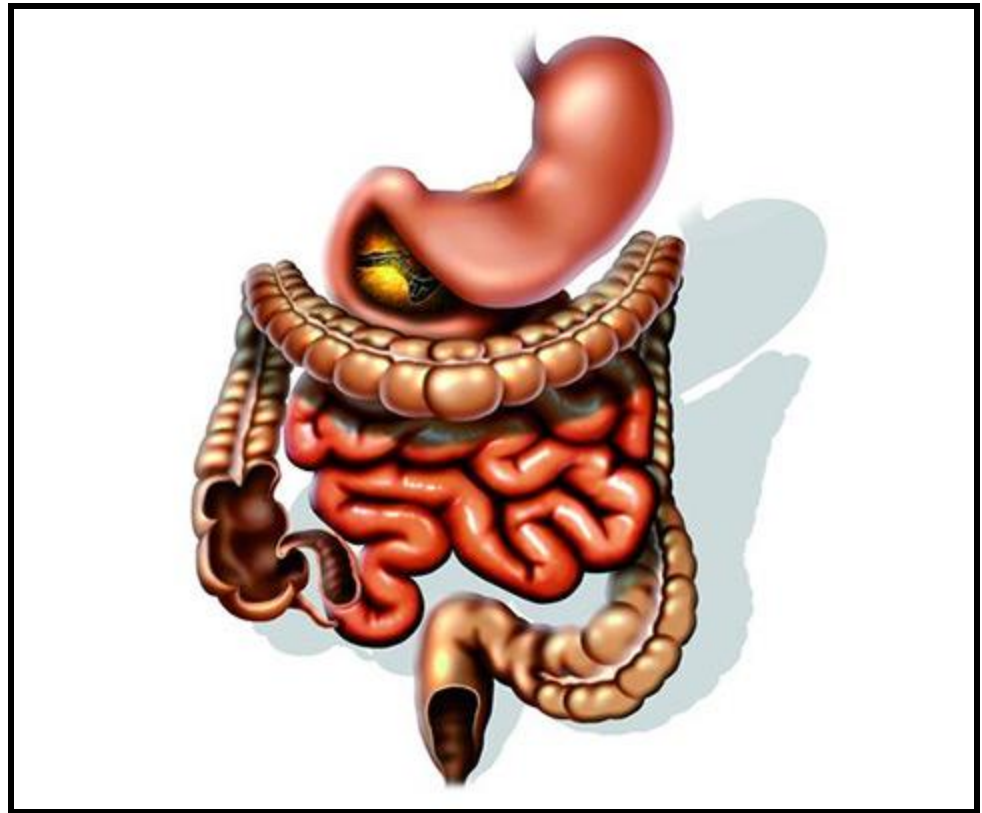
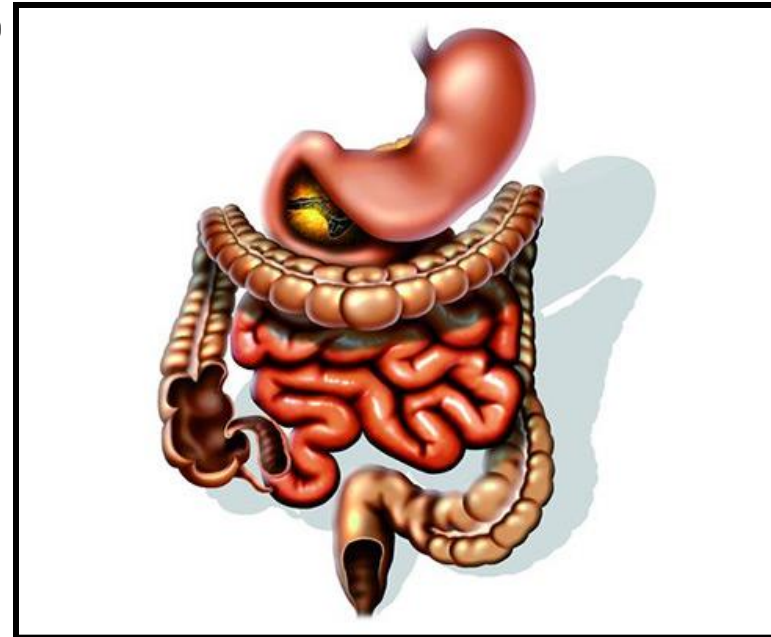

Заболевания органов желудочно- кишечного тракта



Заболевания органов ЖКТ

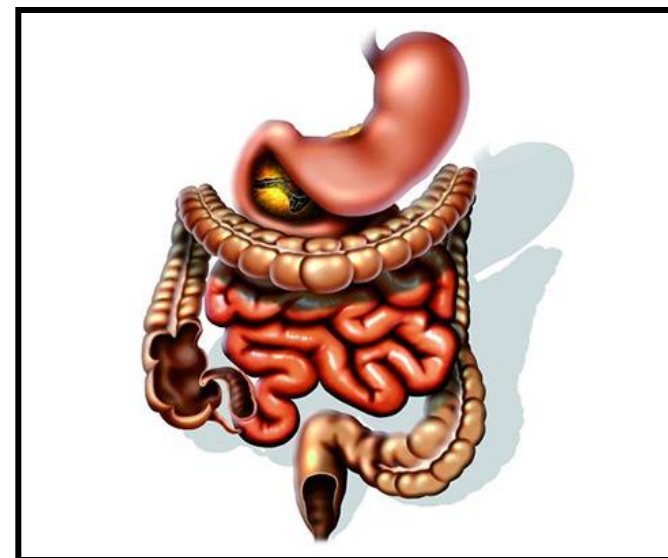
- Самостоятельные **первичные** заболевания (гастроэнтерология) и **вторичные**, которые являются проявлением ряда заболеваний инфекционной и неинфекционной природы, приобретенного или наследственного происхождения
- **Биопсии** (рутинная гистология, ИГХ). **Ранние структурные изменения** – эффективная терапия
- **Операционный материал** – уточнение нозологической формы и стадии



МКБ-10

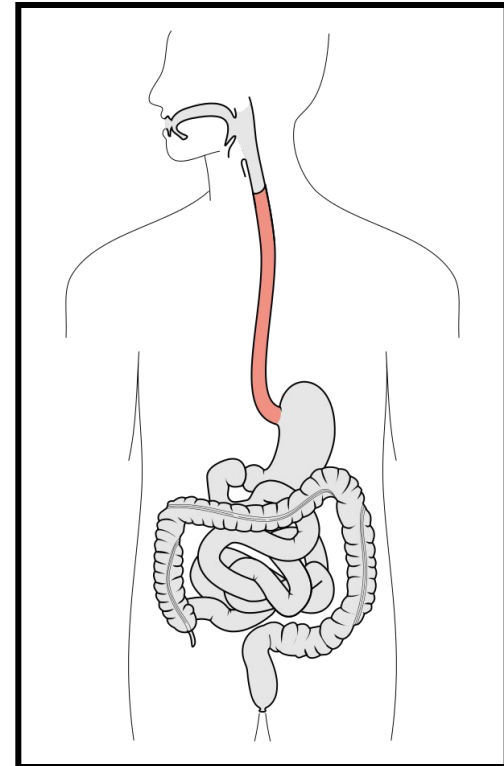
- В группе «болезни органов пищеварения» сейчас выделяют около 70 основных и более 150 редко встречающихся нозологических единиц и синдромов.

- В МКБ болезни органов пищеварения помещены в **4 класса**:
 - IX - K00-K93 - воспалительные, инфекционно-аллергические, дисрегенераторные заболевания;
 - II - C15-C26 - опухоли органов пищеварения
 - XV - O00-O99 - аномалии, деформации;
 - XIX - S00-T98 - травмы и последствия воздействия внешних причин.



Заболевания пищевода

- **Врожденные**
 - **Атрезия** (отсутствие естественных отверстий)
 - **Свищи** (каналы, соединяющие орган с внешней средой или др.с.др.)
 - **Агенезия** (отсутствие органа)
 - **Стеноз** (патологическое сужение пищевода)
- **Заболевания, связанные с нарушением моторной функции:**
 - **Ахалазия** (нарушение способности к нормальному расслаблению сфинктера с последующим расширением просвета)
 - **Хиатальная грыжа** (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы),
 - **Дивертикул** (мешотчатое выпячивание стенки) – врожденные и приобретенные. Дивертикулез, дивертикулит
 - **Разрыв с.о. (с. Мэллори-Вейса)** – продольные разрывы в зоне пищеводно-желудочного соединения, следствие тяжелой, обильной рвоты (кровавая рвота – гематемезис).
- **Приобретенные**
 - **Эзофагиты:** *первичный* – вызван непосредственным воздействием патогенного агента или *вторичный* – является осложнением инфекционного заболевания дифтерии, кори, скарлатины).
 - *Острые и хронические.*



Заболевания пищевода

Эзофагиты:

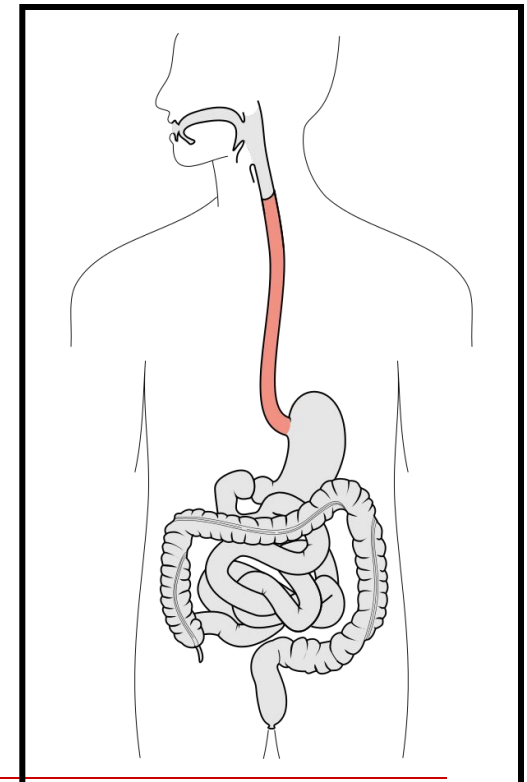
■ **Острые (химические, термические, инфекционные и аллергические)**

- катаральный
- фибринозный
- эрозивный
- язвенный
- флегмонозный
- геморрагический
- гангренозный

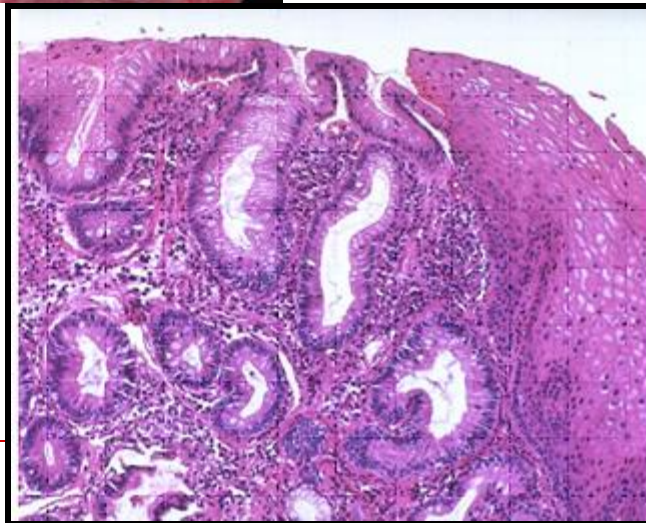
❖ **Исходы:** катарального – полное выздоровление; образование рубцов и стриктур

■ **Хронические.**

- при длительном раздражении его СО алкоголем, курением, очень горячей пищей, токсинами, желудочным содержимым при его регургитации, а также хроническом инфекционном воспалении.
- **Исходы:** возникновение стриктуры пищевода разной степени выраженности, кровотечения, анемия, малигнизация, пищевод Барретта.



Пищевод Барретта



- ❖ Среди поражений пищевода распространена **"гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь"** (ГЭРБ).
- ❖ Желудочно-пищеводный заброс есть следствие **недостаточности запирающего механизма кардии** (снотворные, повышение интрагастриального давления; жирная пища, шоколад, алкоголь; хиатальные грыжи).
- ❖ Приводит к рефлюкс-эзофагиту, пептическим язвам пищевода, стенозированию.

Рак пищевода

- Рак пищевода составляет около 5% всех злокачественных новообразований ЖКТ, встречается преимущественно у мужчин среднего возраста с максимумом в 50-60 лет. В некоторых странах стоит по частоте и уровню смертности на первом месте (Китай). У африканской расы частота РП выше в 4 раза по сравнению с белым населением.
 - Развитию рака **способствуют** дивертикулы, мегаэзофагия, пептические язвы пищевода, рубцы после ожогов, характер питания (недостаток витаминов, очень горячая пища, алкоголизм, жевание наркотических смесей, содержащих известь - Казахстан, Якутия). Как правило, развивается в местах естественных сужений (граница средней и нижней трети - уровень бифуркации трахеи, место впадения пищевода в желудок). В в/3 – 20%, в средней – 50%, в нижней – 30%.
 - **Клиника**. Как правило, поздняя - нарушение глотания (дисфагия), загрудинные боли, симулирующие стенокардитические, кахексия (сама опухоль, резкое нарушение питания вследствие механического затруднения приема пищи).
-

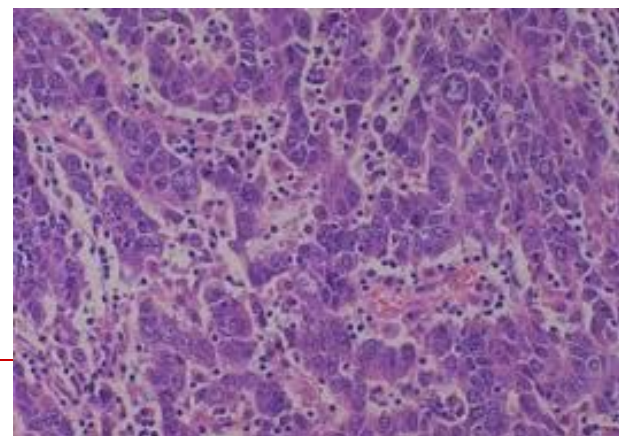
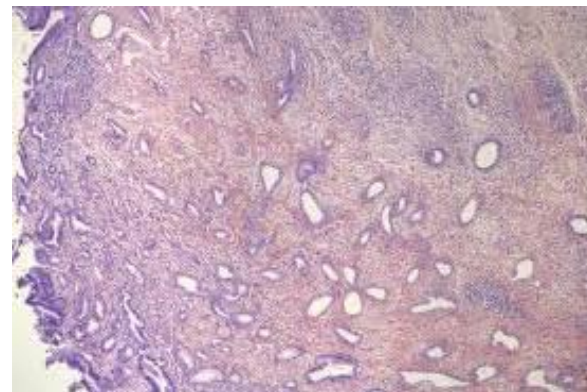
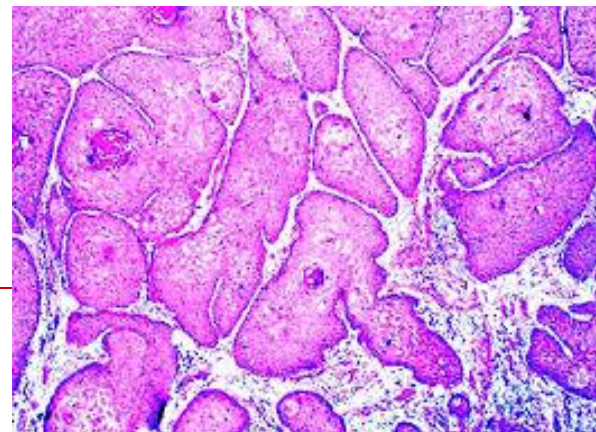
Рак пищевода

- **Макроскопические варианты.**
- **эндофитный** рост без образования узла. Опухоль имеет вид плотного кольцевидного рубца (**скирр**). Резкое сужение просвета пищевода приводит к относительно ранней клинике дисфагии и болей с резким истощением. Не склонен к изъязвлению. Растет относительно медленно, редко дает метастазы.
- **Изъязвленный рак** - мозговик со склонностью к изъязвлению, распаду. Имеет вид язвы с приподнятыми мягкими или плотными краями, вытянутой вдоль пищевода, склонен прорасти в окружающие ткани. Вследствие быстрого распада может не давать клиники сужения пищевода с явлениями дисфагии.
- **Сосочковый или полипозный рак** возникает при экзофитном росте, встречается относительно редко.



Рак пищевода

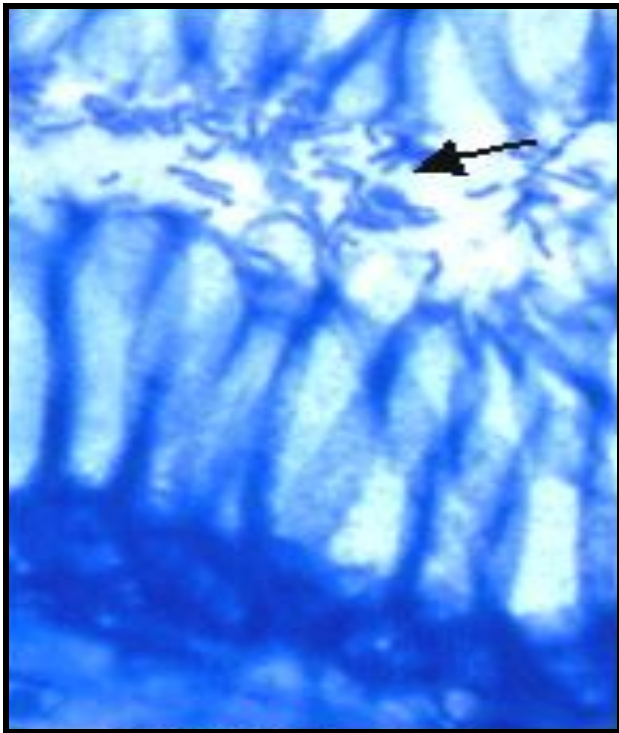
- **Микроскопические варианты.**
- Как правило, раки пищевода - это ***плоскоклеточные раки*** с выраженным или мало выраженным ороговением, реже (25%) наблюдаются ***аденокарциномы***, происхождение которых в последнее время связывают с пищеводом Барретта (участки желудочного эпителия в пищеводе, как результат длительного рефлюкса). Кроме этого, встречаются ***овсяноклеточные раки*** - низкодифференцированные, из клеток APUD-системы (эндокрино-клеточные раки), отличающиеся развитием ранних и многочисленных лимфо- и гематогенных метастазов.



Рак пищевода

- ❖ Раки пищевода дают **метастазы** преимущественно в лимфоузлы вдоль пищевода: медиастинальные и трахеобронхиальные. Метастазы во внутренние органы редки, чаще - в печень.
- ❖ **Осложнения и причины смерти**. Связаны с прорастанием и разрушением раком соседних органов:
 - прорастание в трахею и бронхи - аспирационная пневмония, абсцессы и гангрены легких;
 - прорастание в кровеносные сосуды, в частности в аорту, - смертельное кровотечение;
 - прорастание в клетчатку средостения - гнойные и гнилостные медиастиниты;
 - кахексия

Заболевания желудка



- Основную массу поражений желудка составляют **язвенная болезнь, хронический гастрит, опухолеподобные процессы и опухоли.**
- В патогенезе всех этих болезней желудка в последнее время акцентируется внимание на значение хронической инфекции **Helicobacter pylori (H_p)**
- Заражаются H_p фекально-орально или через предметы. При эрозивных поражениях зараженность колеблется от 13 до 100%.
- Диагноз H_p основывают на гистологической визуализации (с помощью окрасок Вартин-Старри, Гимзе, Генту).
- **Эрадикация** снижает частоту рецидивов язвенной болезни до 5% в год.
- Однако есть данные, что H_p это 40 эпидемиологически не связанных штаммов, большинство из которых-сапрофиты и эрадикация может увеличивать частоту рака желудка (Блейзер 1999).

Острый гастрит

- Как правило, имеет временный характер. Заболевание может развиваться при употреблении нестероидных и стероидных противовоспалительных препаратов, курении, употреблении алкоголя, при стрессах, ишемии, уремии.
- По локализации:
 - очаговый,
 - диффузный.
- Формы:
 - катаральный,
 - эрозивный
 - гнойный (флегмонозный),
 - фибринозный.
- Исходы: Катарального – выздоровление. Других форм – кровотечение, анемия, флегмонозного – распространение гнойного процесса на прилежащие органы и ткани.

Хронический гастрит. Модифицированная Сиднейская классификация, 1996.г.

- Атрофический (не столько истончение слизистой, сколько уменьшение числа специализированных клеток)
 - ❖ Аутоиммунный (тип А, диффузный гастрит тела желудка, ассоц. с пернициозной анемией)
 - ❖ Мультифокальный
- Неатрофический (тип В), поверхностный диффузный антральный гастрит *H.pylori*
- Особые формы:
 - ❖ Химический
 - ❖ Лимфоцитарный
 - ❖ Гранулематозный
 - ❖ Эозинофильный

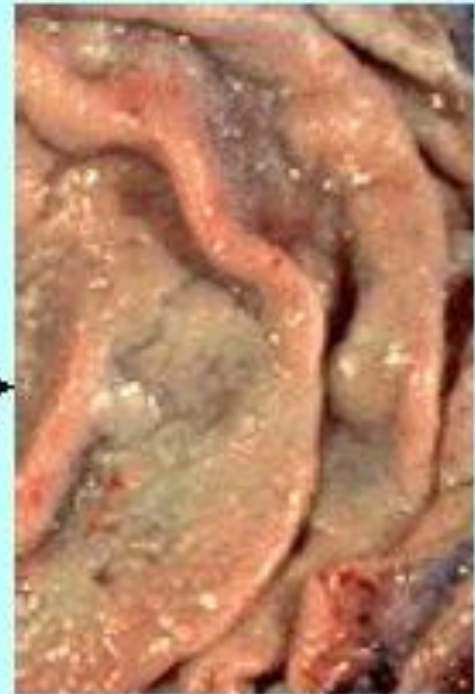
Макроскопические признаки прогрессии гастрита



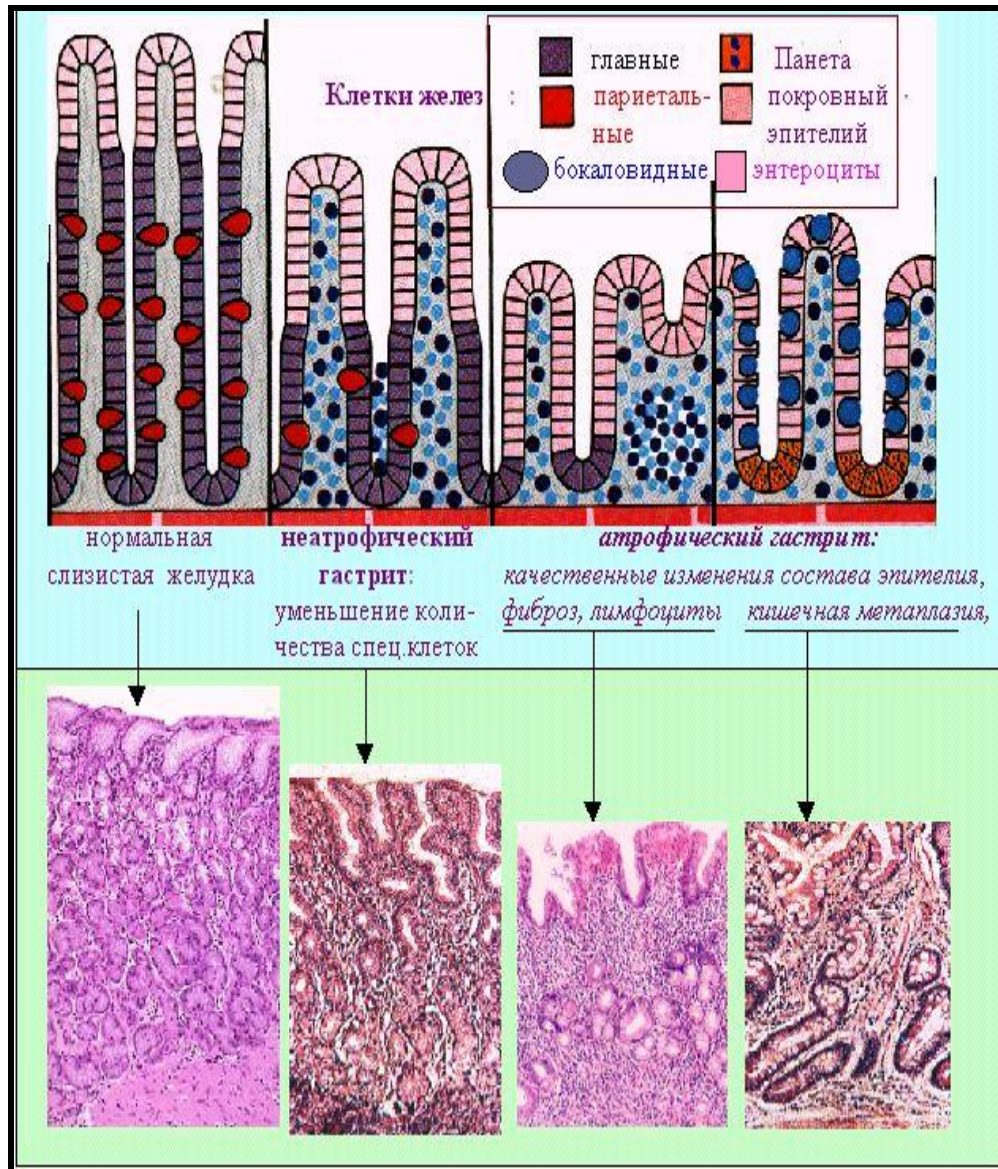
норма



нарастание неравномерности толщины, высоты и распределения складок; увеличение плоских площадок грубо гранулярной слизистой



Микроскопические признаки прогрессии гастрита:



□ расширение зон вначале «неполной» (тонкокишечной) метаплазии (бокаловидные клетки чередуются с энтероцитами), а потом и «полной» (толстокишечной) метаплазии (бокаловидные клетки и колоноциты сплошным слоем по всей длине желез).

□ Активность гастрита – коррелирует с количеством лейкоцитов и обсемененностью Нр.

Язвенная болезнь желудка



острые эрозии -
плоские дефекты
с черным пигментом-
гемпином



острая язва -
более глубокий
дефект слизистой



хроническая язва -
глубокий дефект во всех слоях стенки
(желудок)
- зона перфорации

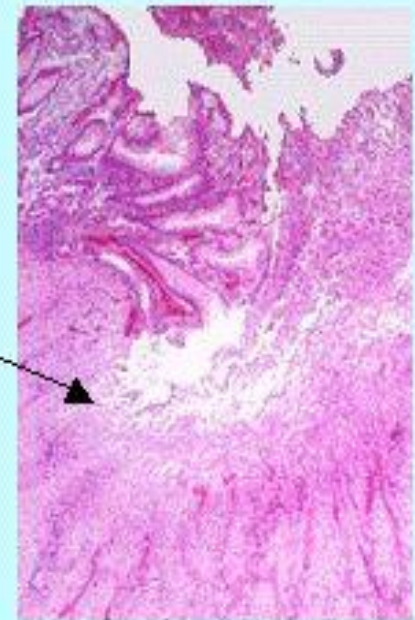
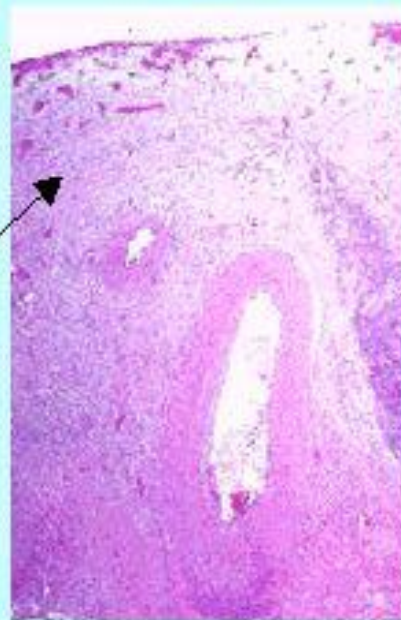
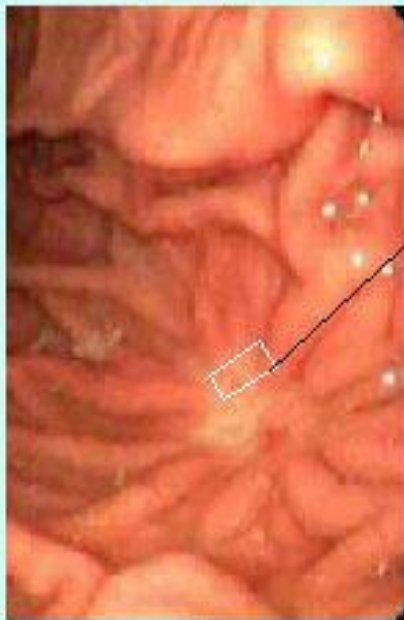


Эрозии это обычно множественные дефекты слизистой не выходящие за пределы мышечной пластинки. Дно эрозий покрыто слизью и фибрином с лейкоцитами.

Острые язвы отличаются разрушением мышечной пластинки слизистой. Их дно покрыто некротическими массами пропитанными фибрином и лейкоцитами, ниже следуют участки фибриноидного некроза, а затем могут быть и участки молодой грануляционной ткани. После заживления острой язвы остается плоский звездчатый рубец.

Хронические язвы в сечении обычно имеют форму косоугольного параллелепипеда – оральный край нависающий, подрытый, слизистая здесь сращена с мышечным слоем. В 12 ПК язвы «целующиеся», в виде песочных часов.

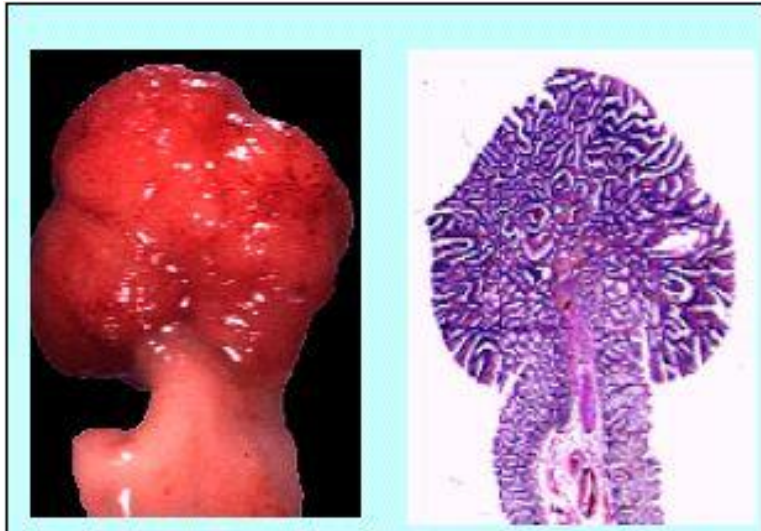
Язвенная болезнь: смена фаз ремиссии и обострения



Ремиссия: эпителизация, нет зон фибриноидного некроза, рубцевание.

Обострение: видна зона фибриноида, ниже - «молодая» грануляционная ткань, на массах старой рубцовой ткани

Полипы желудка



- Клиническому понятию «полип» соответствуют 2 разных морфологических процесса
- ◆ **Гиперпластические полипы:** 2 см и > в диаметре, длинные извитые железы с высоким эпителием (только похожи на опухоль).
- ◆ **Аденомы** (аденоматозные полипы) встречаются в 16 раз реже чем гиперпластические полипы. Их размеры обычно: 0,8- 2,5 см. Обычно имеется дисплазия - нарушение структуры (гистоархитектоники) слизистой оболочки, клеточная атипия и снижение дифференцировки клеток. Выделяют слабую, умеренную и тяжелую дисплазию. По гистологическому строению различают
 - ✓ *виллезные*
 - ✓ *тубулярные*
 - ✓ *тубулярно-виллезные*

Рак желудка

- Среди злокачественных опухолей различной локализации рак желудка занимает одно из первых мест, составляя около 50% от раков ЖКТ и 15% от всех злокачественных опухолей. Среди цивилизованных стран самая низкая заболеваемость раком желудка в США, наибольшая - в Японии, хотя смертность составляет там около 10% за счет введения в свое время тотального периодического обследования с применением ФГС.
- В возникновении рака желудка имеют значение **факторы питания**: переедание, жирная, острая пища (копченые, сырые, маринованные рыбные и мясные продукты – Исландия, Финляндия, Япония), нитраты, превращающиеся в желудке в канцерогенные вещества, генетическая предрасположенность (лица с группой крови 2), дефицит белков, свежих овощей и фруктов.

Рак желудка

Патогенез. РЖ может возникать как в нормальной, так и в патологически измененной слизистой. Среди предраковых процессов различают фоновые заболевания и собственно предраковые изменения слизистой оболочки.

□ **Фоновые** - патологические состояния, которые при соответствующих условиях приводят к развитию рака. Это - аденомы (полипы, примерно в 31% случаев, особенно – множественные), хронический атрофический гастрит, хронические язвы (в 6-10% случаев, особенно – каллезные), инфицирование *H. pylori*.

□ **Собственно предраковые** изменения - очаговые поражения с нарушением дифференцировки эпителия типа дисплазии.

Клиника. Боли в эпигастральной области, рвота, часто - кровавая, кал с кровью, анемия, истощение, потеря аппетита, отвращение к мясу, рыбе. Иногда протекает бессимптомно. Болеют чаще мужчины, в возрасте от 40 до 60 лет.

Локализация в основном на т.н. "вирховской пищеварительной дорожке" - малая кривизна, пилороантральная зона (75-80%), реже - тело, кардия, совсем редко в области дна и большой кривизны.

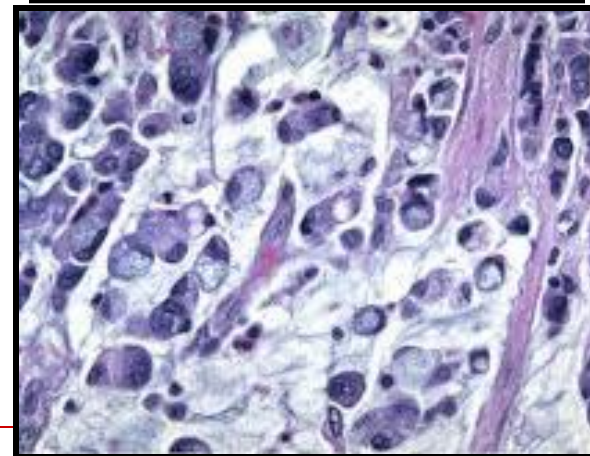
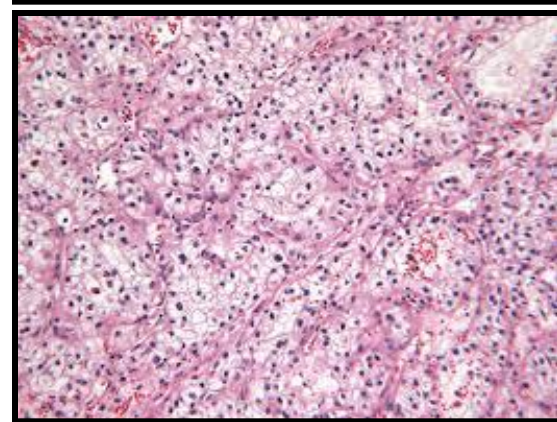
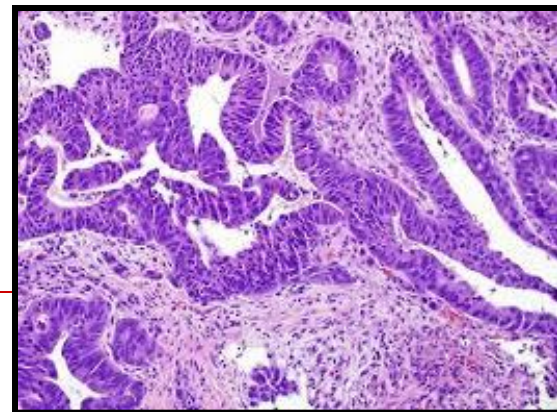
Рак желудка

- **Макро-вид.** Зависит от характера роста опухоли. Раки могут расти 3 способами:
 - экзофитно - в просвет (полипозные, грибовидные, блюдцевидные - с распадом в центре, бляшковидные);
 - эндофитные - в стенку желудка, с инфильтрацией ее или изъязвлением: *язвенно-инфильтративные* (наиболее частая форма) и *диффузно-инфильтративные* (крайняя степень выраженности – пластический лinitis – linitis plastica);
 - поверхностно-распространяющиеся (наиболее редкая форма, рост в пределах слизистой, годами может не давать инвазии).



Рак желудка

Микро-вид. Различные варианты **аденокарциномы**: более 50% случаев раковая выстилка по типу кишечной (темноклеточная аденокарцинома). Развивается обычно в пожилом возрасте, имеет склонность к экзофитному росту, прогноз относительно благоприятен. Светлоклеточная низкодифференцированная аденокарцинома представлена раковыми железами, выстланными светлым эпителием, с четкими контурами. Страдают более молодые больные, нередко сочетается с язвенной болезнью. Прогноз неблагоприятный. Кроме аденокарцином встречаются слизистые раки (коллоидные и перстневидноклеточные), скирры, карциноиды.



Рак желудка

□ Метастазы

- лимфогенные - регионарные л/у (малая и большая кривизна), отдаленные - левый надключичный л/у (вирховский м-з), параректальные л/у (шницлеровские - симуляция рака прямой кишки), ретроградные - в яичники (Крукенберга);
- гематогенные - печень (иногда обширное метастазирование при малом раке), легкие, почки, головной мозг;
- по брюшине - карциноматоз брюшины (нередко - с асцитом).

□ Осложнения.

- Раковая кахексия, интоксикация;
- Распад опухоли может приводить к перфорации с развитием перитонита;
- Распад опухоли, чаще вследствие присоединения фузо-спирохетозной флоры может привести к кровотечению с анемией;
- очаговая пневмония.

Тонкая кишка

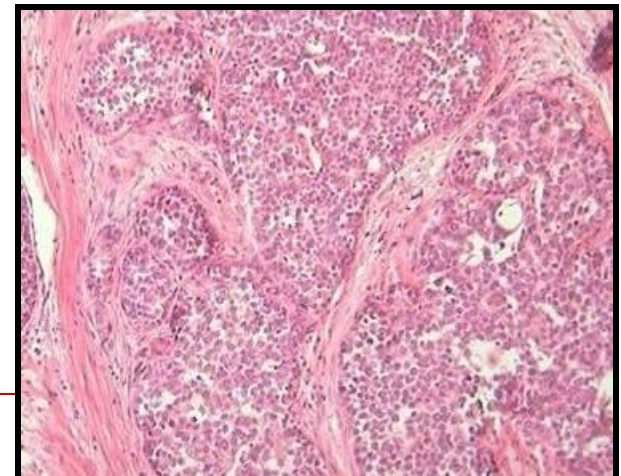
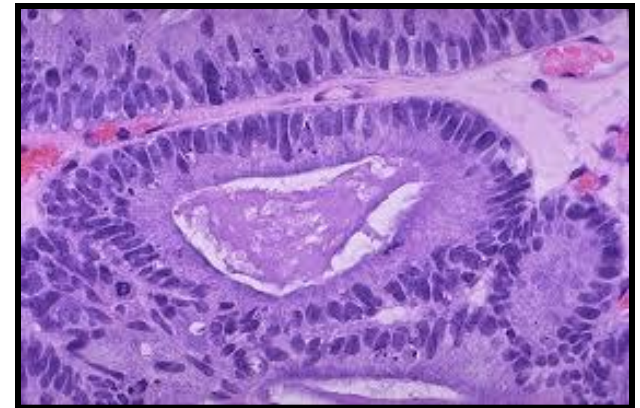
Энтеропатии - "энтеральная недостаточность" - "синдром нарушенного всасывания и пищеварения" - «синдром мальабсорбции и мальдигестии»

- Интестиальная энзимопатия с непереносимостью молока;
- Целиакия - глютенчувствительная генетически предрасположенная энтеропатия с непереносимостью глиадина - одной из фракций белка глютена, содержащегося в пшенице, ржи, ячмене и овсе. Характерны: отечность ворсинок; их укорочение и уплощение - "лысая"кишка.

Энтериты как правило, вторичны, характерны для ряда инфекционных заболеваний (брюшной тиф, холера)

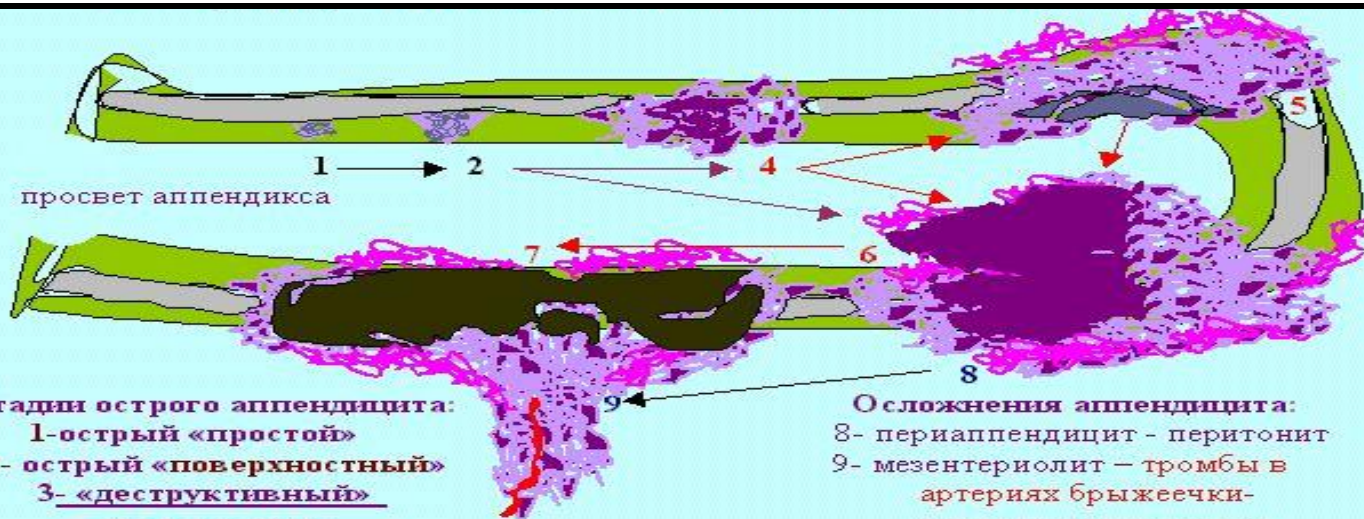
Рак тонкой кишки

- Очень редкое явление. Обычно наблюдается в области фатерова соска в 12-перстной кишке. Здесь возможны три тканевых источника рака: эпителий 12-перстной кишки, эпителий холедоха, эпителий вирсунгова протока. Опухоль небольших размеров, т.к. быстро сдавливает проток с развитием механической желтухи. При прорастании в головку поджелудочной железы следует дифференцировать с первичной опухолью pancreas, что бывает затруднительно.
- При микроскопическом исследовании - аденокарцинома. В других отделах тонкой кишки встречаются карциноиды - опухоли, происходящие из эндокринных клеток слизистой оболочки. Нередко ведут себя как раки, иногда даже более злокачественны



Аппендицит

- Первичное воспаление червеобразного отростка слепой кишки со своеобразным клиническим синдромом. Болеют в основном молодые люди. В России по поводу аппендицита проводится за год более 800 тыс. операций (около 1400 человек умирает). Различают острый и хронический аппендицит.



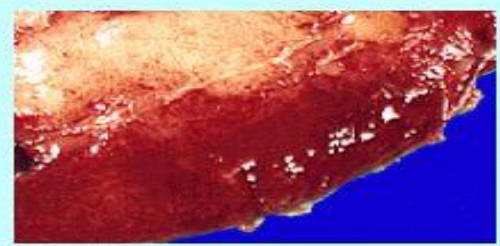
Стадии острого аппендицита:
 1- острый «простой»
 2- острый «поверхностный»
 3- «деструктивный»
 его варианты :
 4- «флегмонозный» аппендицит
 5- «флегмонозно-язвенный»
 6- «апостематозный» (гнойничковый)
 7- «вторично-гангренозный»

Осложнения аппендицита:
 8- периаппендицит - перитонит
 9- мезентериолит – тромбы в артериях брыжеечки-гангрена аппендикса - перитонит

- фибрин - зоны воспаления с гноем



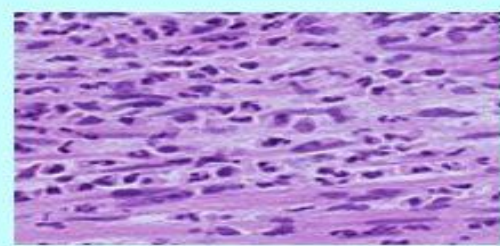
Нормальный аппендикс



деструктивный аппендицит



Флегмонозно –язвенный аппендицит



флегмонозное воспаление в стенке аппендикса

Хронический аппендицит

- Хронический аппендицит характеризуется наличием склеротических и атрофических процессов. Возникают спайки с окружающими тканями.
- При рубцовой облитерации в просвете червеобразного отростка может накапливаться серозная жидкость с образованием кист: либо с серозной жидкостью ("водянка отростка"), либо с слизью («мукоцеле»).
- При разрыве мукоцеле и попадании содержимого в брюшную полость возможно развитие образований, напоминающих опухоль (псевдомиксома брюшины).

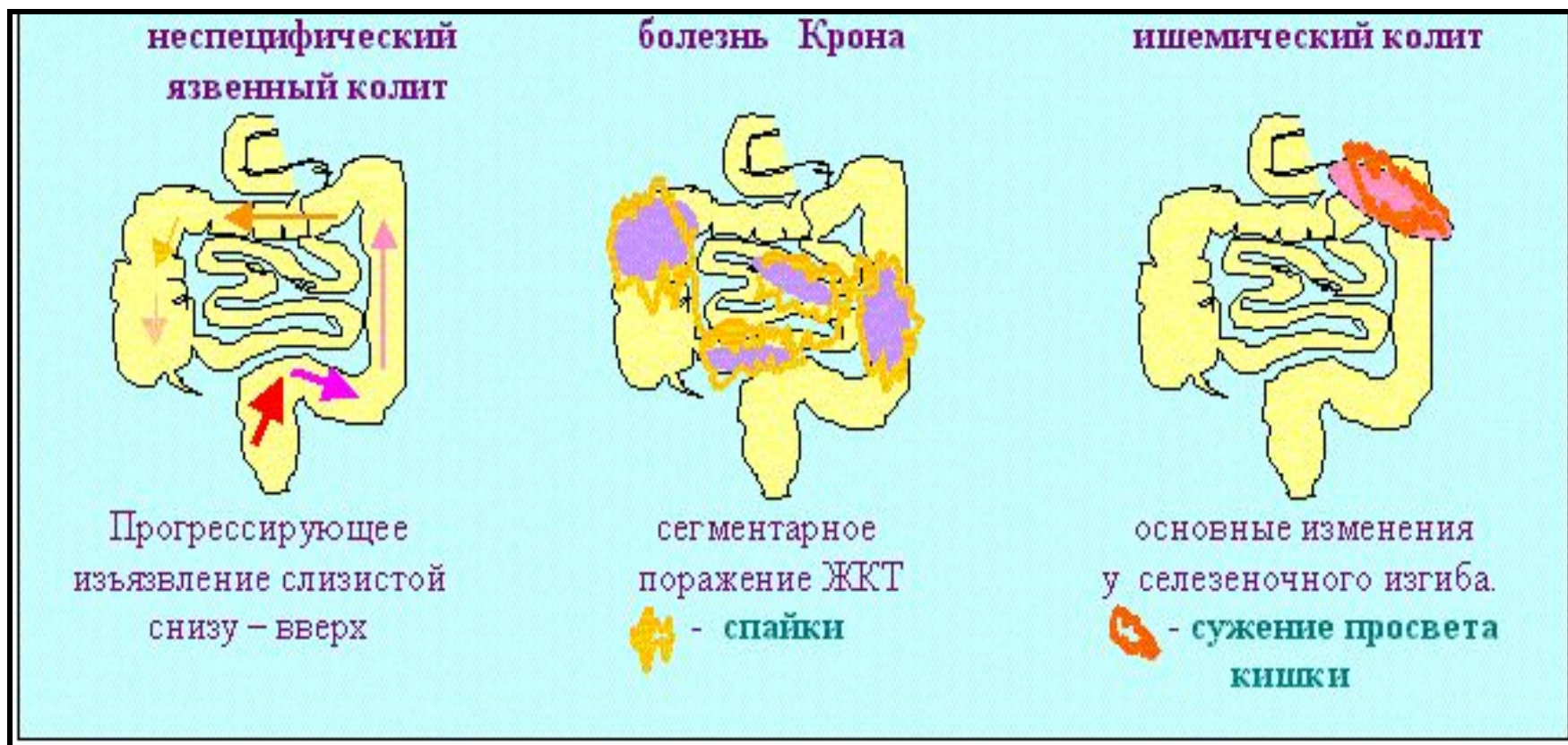


Толстая кишка

- **«Синдром раздраженного кишечника»** - (проявление на протяжении по крайней мере 3 мес., чего-либо из перечня: боль, дискомфорт в животе - которые уменьшаются после дефекации; изменения частоты, формы и консистенции стула; выделение слизи, вздутие живота; запоры) отмечают до 25% женщин и 20% у мужчин. Около 40% таких больных находятся в возрасте от 35 до 50 лет.
 - Обычно «синдром раздраженного кишечника» связан с энтеритами или (и) колитами.
-

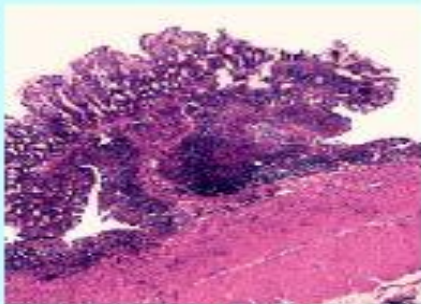
Толстая кишка

- В группе болезней толстого кишечника, наиболее значимыми сейчас представляются, для молодых: **неспецифический язвенный колит** (НЯК) и **болезнь Крона** (БК) ; для пожилых – **ишемический колит** (ИК).



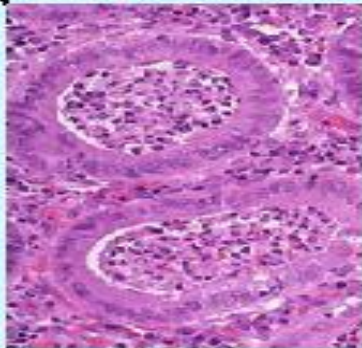


неспецифический язвенный колит



поверхностные округлые язвы разделенные «островками»

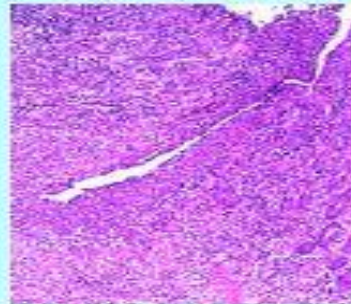
(НЯК)



крипта-абсцессы (лейкоциты в просвете желез)

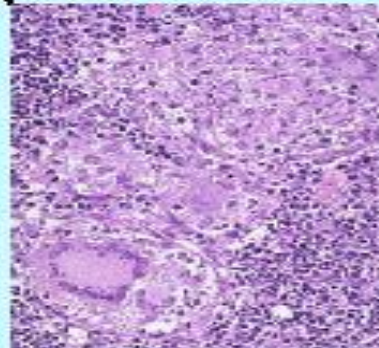


болезнь Крона (сегментарное поражение)



глубокое воспаление с линейными дефектами до серозы

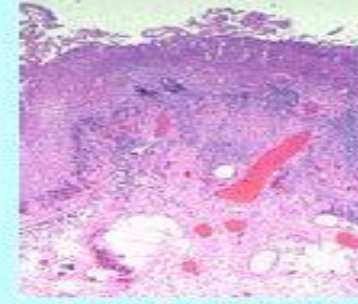
(БК)



гранулематозное воспаление

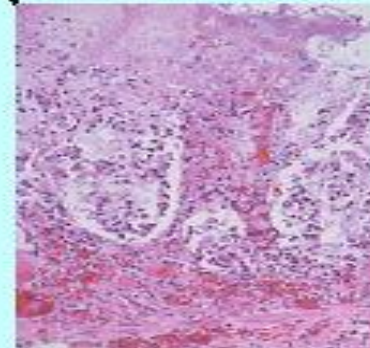


ишемический колит (зоны нарушенного кровообращения)



стазы в сосудах, деструкция с поверхности

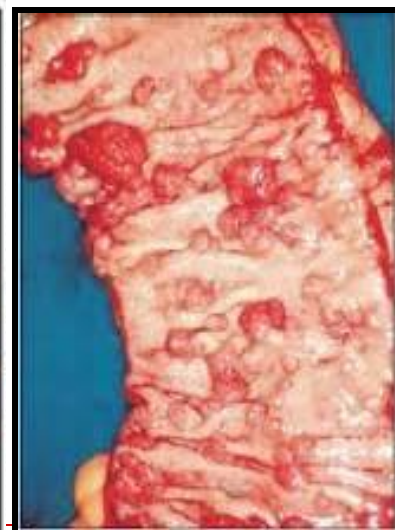
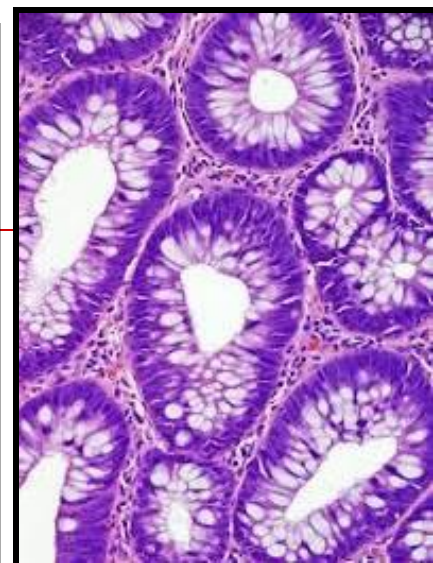
(ИК)



некрозы слизистой

Полипы толстой кишки

- Встречаются чаще, чем в желудке
- Клиническому понятию «полип» соответствуют 2 разных морфологических процесса
- ◆ **Гиперпластические полипы:** 2 см и > в диаметре, длинные извитые железы с высоким эпителием (только похожи на опухоль).
- ◆ **Аденомы** (аденоматозные полипы) встречаются в 16 раз реже чем гиперпластические полипы. Их размеры обычно: 0,8- 4,5 см. Обычно имеется дисплазия - нарушение структуры (гистоархитектоники) слизистой оболочки, клеточная атипия и снижение дифференцировки клеток. Выделяют слабую, умеренную и тяжелую дисплазию. По гистологическому строению различают
 - *виллезные*
 - *тубулярные*
 - *тубуло-виллезные*



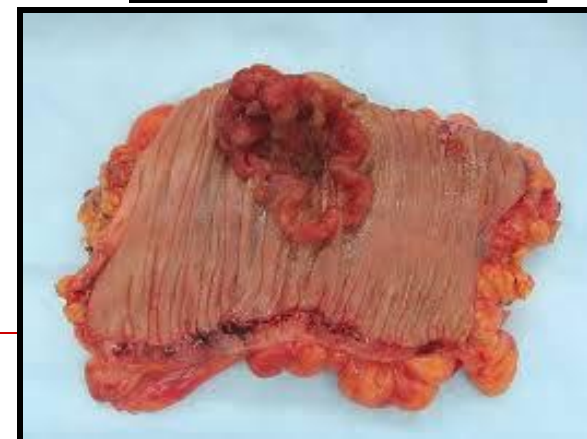
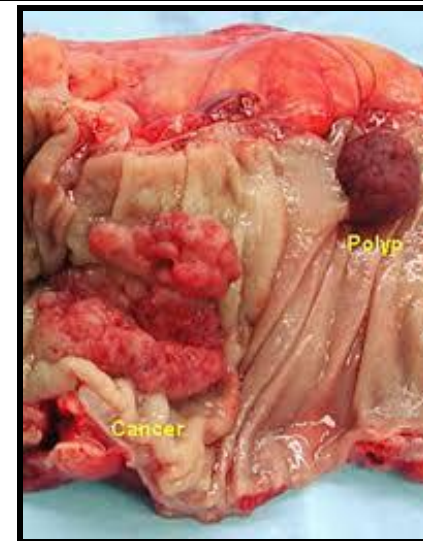
Рак толстой кишки

- По частоте занимает второе место после раков желудка среди раков ЖКТ, а иногда встречается и чаще его. Самая высокая заболеваемость в Англии и США, низкая - в Японии. Наиболее частая локализация - прямая и сигмовидная кишка (около 2/3 раком толстой кишки), реже - слепая, ободочная кишка, наиболее редко - поперечно-ободочная кишка. Возраст - 40-60 лет, причем много 40-летних. Примерно с одинаковой частотой встречается у мужчин и у женщин.
- **Клиника.** "Кишечный дискомфорт": чередование запоров и поносов, зловонный стул с резким газовыделением, кишечная непроходимость, похудания часто нет (склонность к развитию у лиц с хорошим питанием).

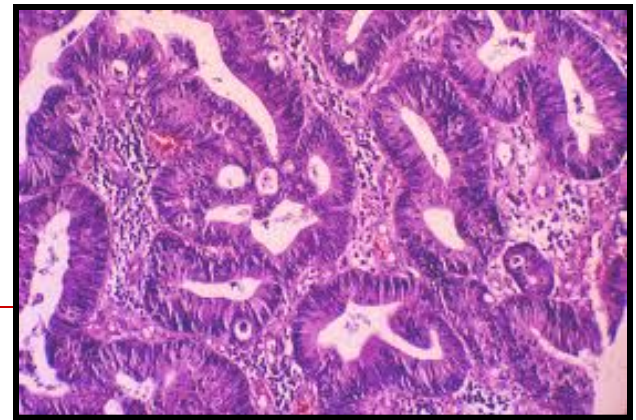
Рак толстой кишки



- **Макроскопические варианты**
- эндофитные (циркулярные и пристеночные) - сужение просвета, могут изъязвляться. Чаще – скирры, реже - мозговики;
- экзофитные, чаще пристеночные и мозговики. Как правило, изъязвляются, поэтому мало суживают просвет. Обычно это малигнизированные аденомы (более чем в половине случаев рак толстой кишки возникает на фоне аденом);
- смешанные экзо-эндофитные - бляшковидные, блюдцеобразные, инфильтративно-язвенные раки (наиболее частая форма) – мозговики.

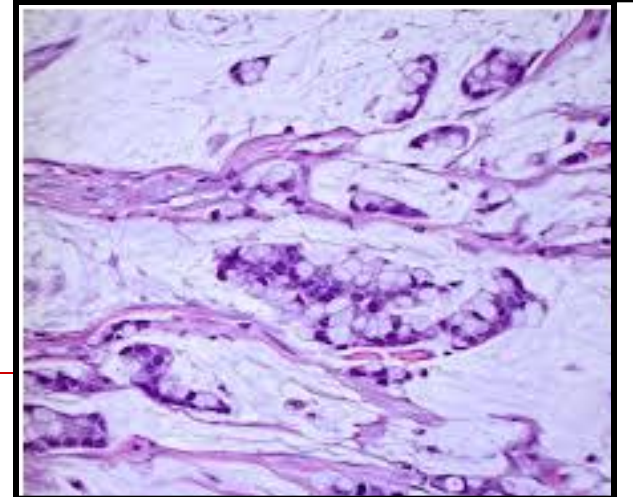
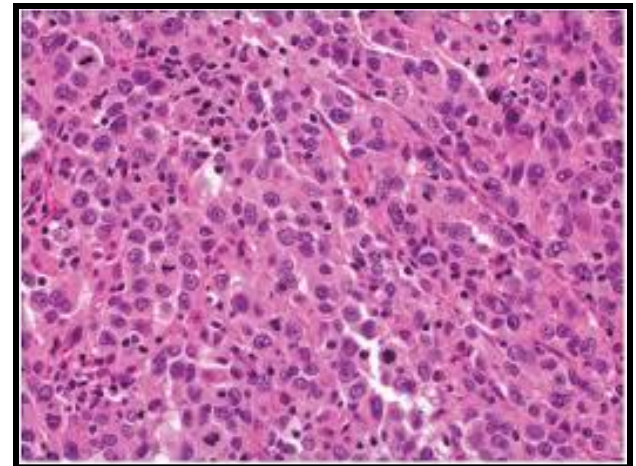


Рак толстой кишки



Микроскопические варианты

- Почти всегда - аденокарцинома (темноклеточная различного уровня дифференцировки с ее различными вариантами - солидный, коллоидный рак, скirrosная аденокарцинома).
- Карциноиды



Рак толстой кишки

Метастазы примерно в половине случаев отсутствуют.
Лимфогенные в региональные л/у, гематогенные – в печень, легкие; по брюшине.

Осложнения.

- Кровотечение при распаде опухоли;
- Сужение просвета с развитием кишечной непроходимости;
- Распад с прободением кишки и развитием перитонита, свищей с мочевым пузырем, влагалищем, флегмон и гангреной кишки вследствие присоединения вторичной инфекции.

**Благодарю
за
внимание**

