

**БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ**  
**ПИЩЕВАРЕНИЯ.**  
**БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА:**  
**ГАСТРИТ, ЯЗВЕННАЯ**  
**БОЛЕЗНЬ, ОПУХОЛИ**  
**ЖЕЛУДКА.**

## Острый гастрит.

Гастрит – воспаление  
слизистой оболочки желудка.

Острый гастрит – это кратковременное заболевание, которое в зависимости от тяжести течения протекает чаще бессимптомно или не сопровождается болями в эпигастрии, тошнотой, рвотой, иногда с признаками желудочного кровотечения.

## Причины:

недоброкачественная пища,  
обильное потребление  
нестероидных  
противовоспалительных  
препаратов (аспирин),  
избыточное потребление  
алкоголя,  
тяжелый стресс,  
химический ожог и многое др.

Механизм повреждения  
слизистой – все выше  
перечисленные факторы:  
нарушают секреторную  
функцию и эпителиоцитов,  
повреждают слизистый  
барьер с последующей  
обратной диффузией  
водородных ионов.

# Классификация острого гастрита.

По топографии гастрит может быть диффузным и очаговым.

По морфологии выделяют следующие формы:

катаральный, фибринозный, гнойный, некротический.

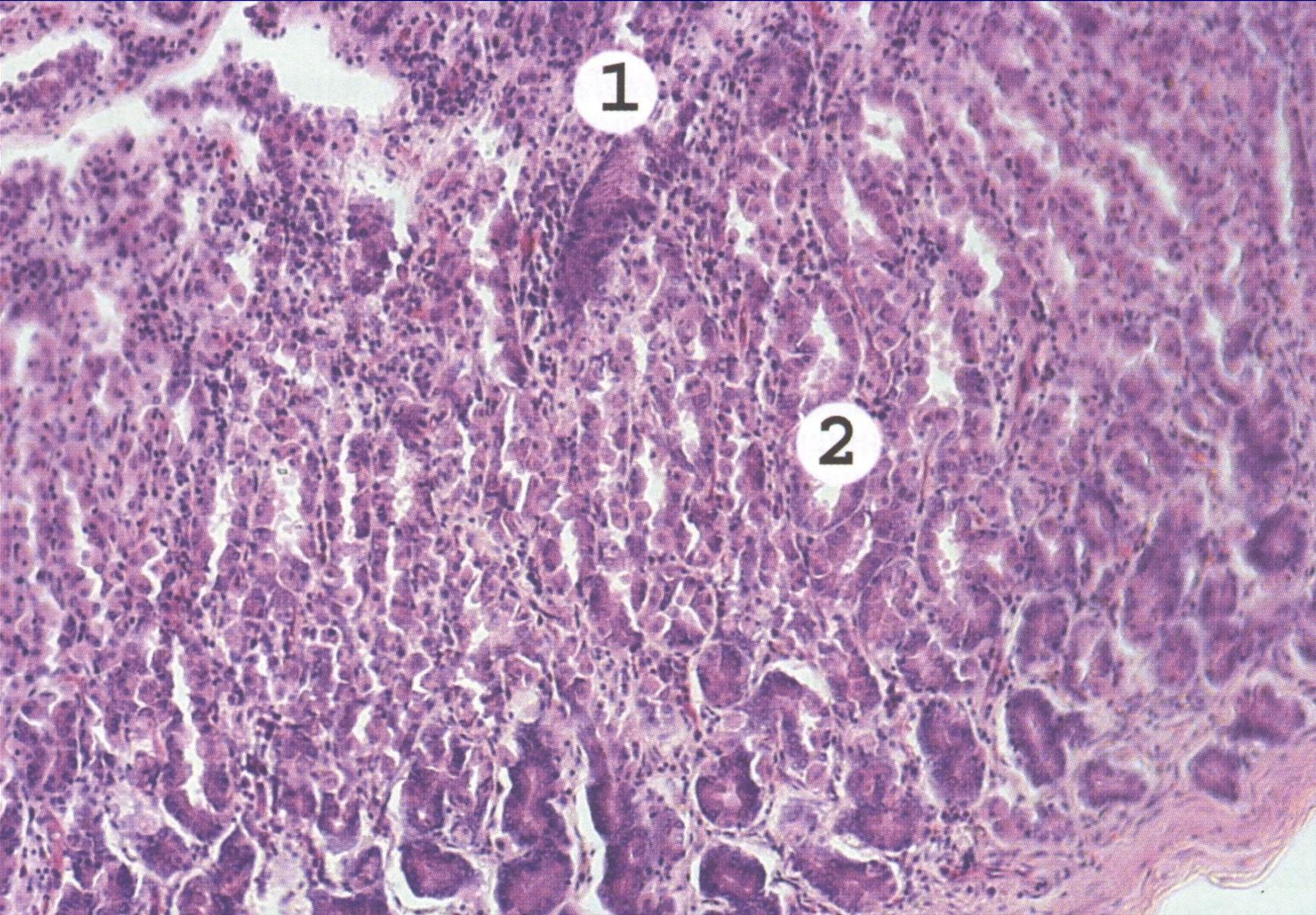
## Катаральный гастрит.

Макроскопически слизистая оболочка утолщена, с **высокими гиперемизированными складками**, они покрыты **густой вязкой слизью**.

На высоте складок могут образовываться эрозии и точечные кровоизлияния – тогда говорят об остром эрозивном геморрагическом гастрите.

**Гистологически** – слизистая оболочка покрыта серозно – слизистым экссудатом с примесью нейтрофилов и клетками слущенного покровного эпителия.

Покровный эпителий дистрофически изменен, дескавмирован. В собственной пластинке слизистой оболочки – отек, полнокровие сосудов, диапедезные кровоизлияния и незначительная лейкоцитарная инфильтрация.



**Фибринозный гастрит.** На поверхности видна желтовато-серая или желтовато-коричневая пленка, которая либо рыхло связана со слизистой или легко отторгается (это крупозный гастрит), либо прочно прикреплена, а при ее удалении обнажаются язвенные дефекты (это дифтеритический гастрит).

# Гнойный (флегмонозный)

**гастрит** – редкая форма, которая осложняет травмы желудка, опухоли и язвы.

Макроскопически – стенка желудка утолщена, складки сглажены, покрыты гноевидной зеленовато-желтой пленкой.

Микроскопически выражена  
диффузная инфильтрация  
всей толщи слизистой  
оболочки желудка,  
подслизистого слоя,  
мышечной и даже серозной  
оболочки огромным  
количеством нейтрофильных  
лейкоцитов.

**Некротический гастрит** развивается при попадании в желудок кислот, щелочей и других препаратов, разрушающих слизистую оболочку. Некроз может захватывать стенку желудка на разную глубину. При отторжении некротических масс обнажаются эрозии или язвы. Такой гастрит может осложниться перфорацией стенки желудка.

## Исходы и осложнения.

Катаральный гастрит обычно заканчивается выздоровлением. Остальные завершаются атрофией и деформацией стенки желудка.

## *Хронический гастрит.*

В развитии хронического гастрита основную роль играют экзогенные и эндогенные факторы.

**К экзогенным факторам относятся:**  
хроническое нарушение режима и ритма питания; грубая и острая пища, еда всухомятку, злоупотребление кофе; алкоголь, который в больших концентрациях подавляет секрецию соляной кислоты и пепсиногена и нарушает защитный барьер слизистой оболочки желудка, что приводит к повышенной обратной диффузии водородных ионов

Среди эндогенных факторов главенствующую роль играет – Нр или аутоиммунизация. Гастрит, обусловленный инфекцией Нр, называют гастритом В. Гастрит, обусловленный аутоиммунным процессом, называют гастрит А.

В крови у больных с гастритом А, обнаружены аутоантитела к париетальным клеткам.

Выделяют особую форму гастрита – гастрит С или рефлюкс-гастрит, который развивается при забросе дуоденального содержимого в желудок.

## Морфогенез хронического гастрита.

Эти факторы приводят к кислотно-пептической агрессии желудочного сока на слизистую желудка, действуя на процессы регенерации эпителия.

Нарушение регенерации  
проявляется:

- 1) Ускорением фазы пролиферации
- 2) Укорочением фазы дифференцировки, эпителиоциты подвергаются преждевременной **ИНВОЛЮЦИИ.**

Вместо 72 часов, цикл обновления клеток происходит за 42 часа, задерживается своевременное сдувание эпителиоцитов. В результате специализированные клетки, которые вырабатывают соляную кислоту и пепсиноген, замещаются на незрелые слизистые клетки.

Часто меняется и качество регенерации – вместо типичного для каждого отдела желудка эпителия появляется не свойственный ему эпителий – происходит метаплазия.

Возможны несколько вариантов метаплазии.

В теле желудка –

1) пилорическая метаплазия.

Во всех отделах желудка, чаще в антральном –

2) кишечная метаплазия.

Она бывает **двух видов**:

- 1) тонкокишечная или полная
- 2) толстокишечная или неполная.

Опасна толстокишечная метаплазия, которая может малигнизироваться.

Таким образом, хронический  
гастрит – это  
дисрегенераторный процесс,  
при котором нарушения  
регенерации заканчиваются  
атрофией железистого  
аппарата слизистой желудка.

Наряду с нарушенной регенерацией развиваются воспалительные изменения – собственная пластинка инфильтрируется лимфоцитами, плазмócитами, лейкоцитами. В результате разрастается соединительная ткань, поля склероза вытесняют железы желудка.

Классификация хронического  
гастрита учитывает  
морфологический тип с оценкой:

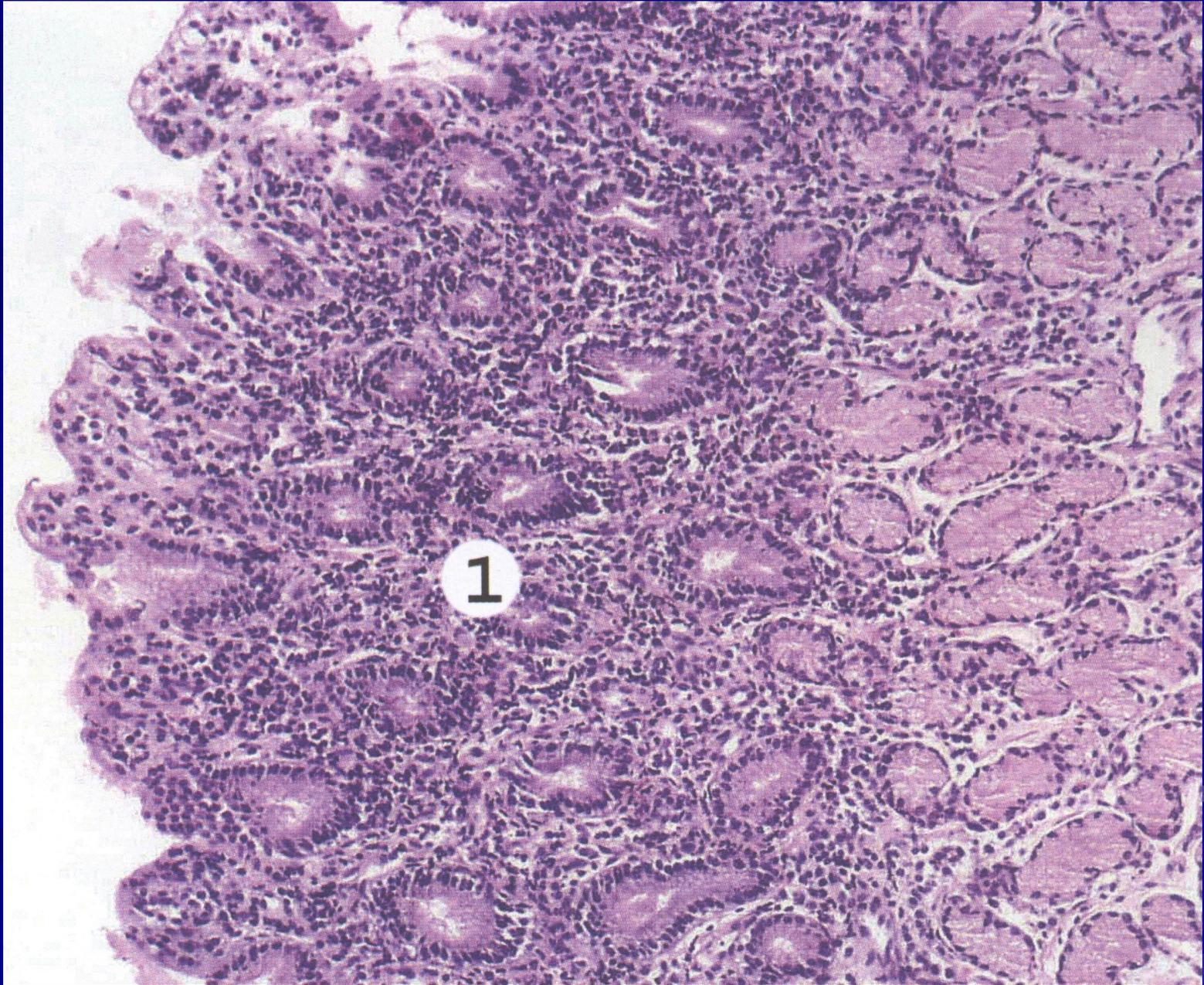
- 1) тяжести воспаления и
- 2) активности, 3) наличия и характера кишечной метаплазии,
- 4) дисплазии эпителия
- 5) указанием топографии хронического гастрита:  
антральный, фундальный и пангастрит.

Морфологические типы хронического гастрита. Различают хронический поверхностный гастрит.

Слизистая оболочка обычной толщины.

Покровный эпителий высокий призматический с дистрофическими изменениями, незначительным снижением мукоида.

Собственная пластинка инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками. Инфильтрат располагается в поверхностных отделах - на уровне валиков.



По интенсивности  
выраженности инфильтрата  
гастрит может быть легким,  
умеренным, выраженным.

Признаки активности: отек  
стромы, полнокровие сосудов  
и появление в инфильтрате  
лейкоцитов, их проникновение  
в эпителий (лейкопедез).

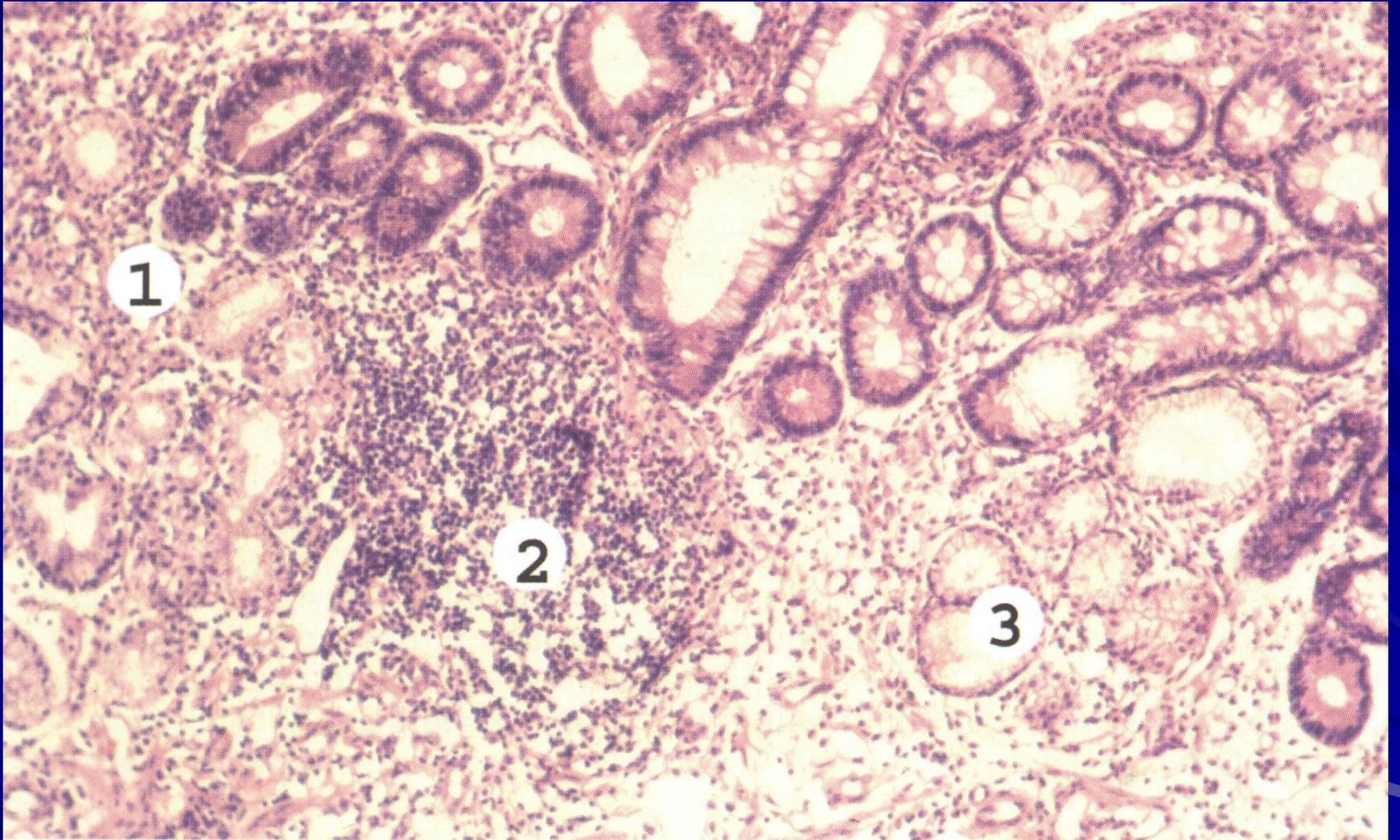
# Хронический атрофический гастрит:

**Макро:** слизистая оболочка истончена, рельеф сглажен, валрики укорочены, плоские, ямки углублены, штопорообразные.

**Микро:** покровно-ямочный эпителий уплощен. Количество мукоида снижено. Pariетальные и главные клетки замещены мукоцитами. Видны очаги кишечной метаплазии. Могут появляться очаги дисплазии. В собственной пластинке воспалительный инфильтрат и очаги склероза. Железы укорочены, количество их уменьшено.

Атрофический гастрит может быть активным и неактивным.

Прогноз хронического гастрита. При лечении – благоприятный. В атрофическом гастрите может возникнуть тяжелая дисплазия эпителия, на фоне которой может развиваться рак желудка.



**Язвенная болезнь** - это хроническое циклически текущее заболевание, основным морфологическим признаком которого является хроническая рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

## Факторы риска:

хронический хеликобактерный гастрит. Наибольшая вероятность развития язвенной болезни имеется у пациентов, страдающих хроническим антральным гастритом в сочетании с бульбитом.

Этиология. Существует множество теорий возникновения: нарушения слизообразования с обратной диффузией водородных ионов; дуодено-гастрального рефлюкса; иммунологическая; нейроэндокринных сдвигов.:

## Патологическая анатомия.

Морфологическим субстратом является хроническая рецидивизирующая язва. В ходе формирования она проходит стадии эрозии и острой язвы.

**Эрозии** – это поверхностные  
небольшие дефекты  
слизистой оболочки, обычно  
не проникающие за ее  
мышечную пластинку.

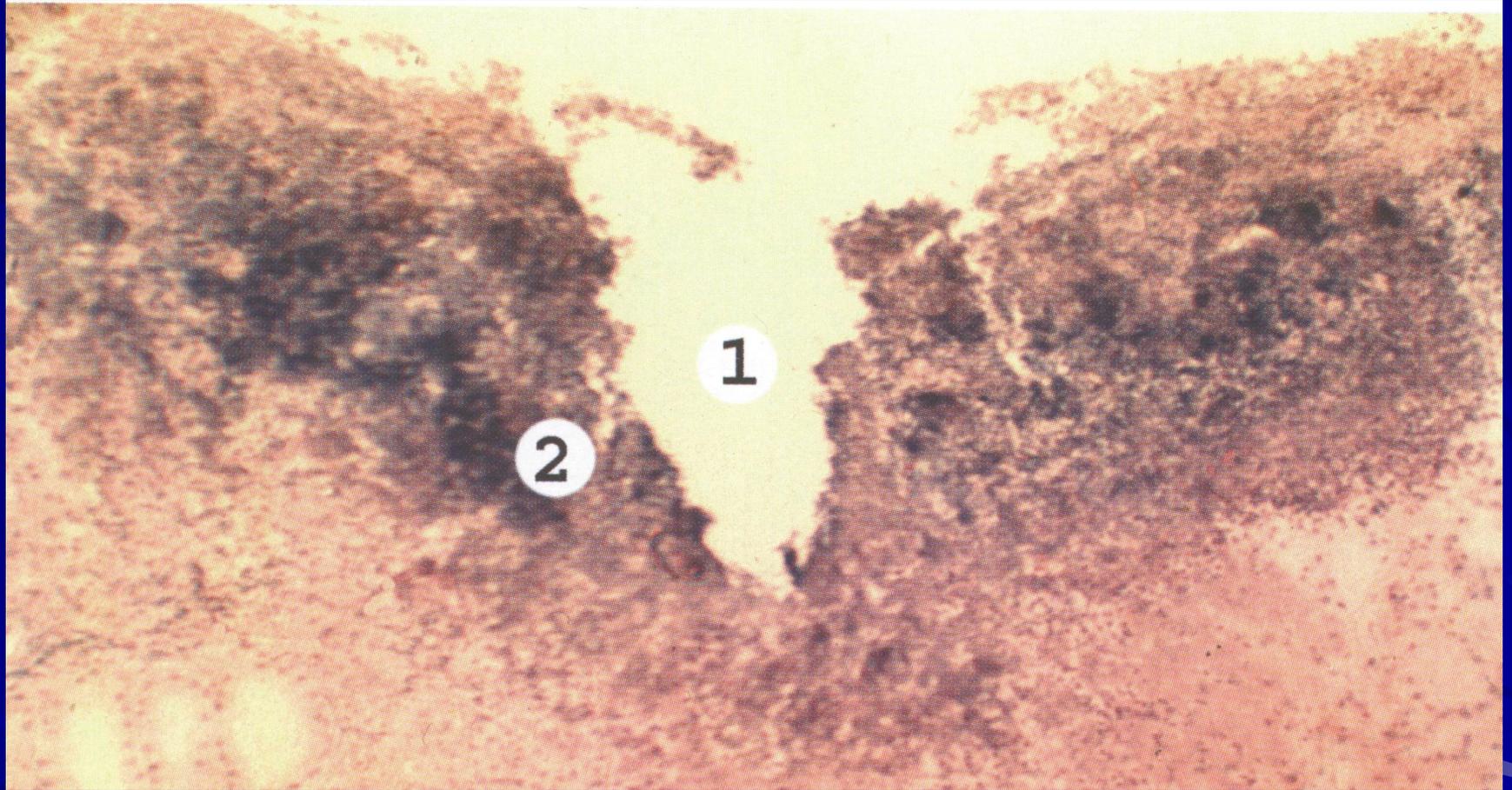
Эти дефекты образуются при отторжении некротических масс. Эрозии имеют коническую форму с черными краями и дном из-за пропитывания соляно-кислым гематином. **Микроскопически** в краях и дне обнаруживается лейкоцитарная инфильтрация.

Далее образуются острая язва  
– некрозу подвергаются более  
глубокие слои желудка.

Острые язвы имеют неправильную форму, мягкие наощупь неровные края, дно, образованное пучками мышечных волокон стенки желудка, окрашенное солянокислым гематином в буровато-черный цвет. Острая язва имеет форму воронки.

Локализация острых язв чаще всего по “пищевой дорожке”, т. е. на малой кривизне в пилорическом и антральном отделах.





# **Хроническая язва желудка.**

По локализации различают:

1. медиогастральную язву (в теле желудка),
2. пилородуоденальную язву (пилороантральный отдел и 12 ПК).

Макроскопическая картина. Язва имеет овальную или округлую форму, размеры – от нескольких миллиметров до 5-6 см. Она проникает в стенку желудка на различную глубину, доходя до серозной оболочки. Дно язвы может быть гладким или шероховатым, края приподняты, плотные (омозолелые – каллезная язва).

Кардиальный край язвы  
подрыт, а край, обращенный к  
привратнику, пологий.  
Подобная конфигурация язвы  
обусловлена постоянным  
смещением краев при  
перистальтике желудка.

# Микроскопическая картина

зависит от стадии течения заболевания.

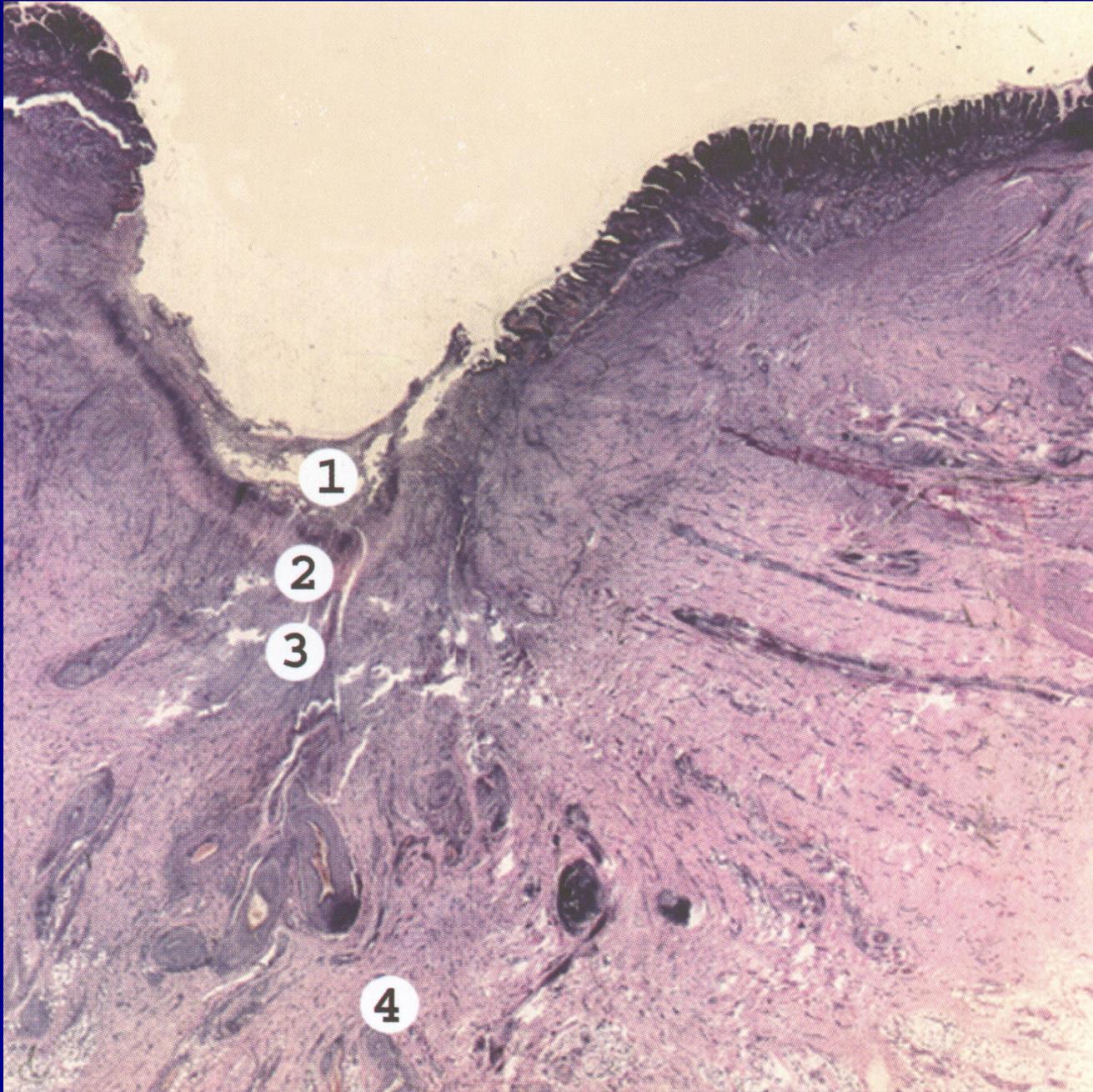
Период ремиссии – в дне язвы видна рубцовая ткань, сосуды со склерозированными стенками, встречаются разрастания нервных волокон, напоминающих ампутационные невромы. В краях язвы развивается периульцерозный гастрит.



В период обострения. В области дна и краев язвы появляется широкая зона фибриноидного некроза, которая покрыта сверху фибринозно-гнойным экссудатом. Под некрозом слой грануляционной ткани с большим числом полнокровных сосудов и полиморфноядерных лейкоцитов.

Глубже располагается зона грубоволокнистой рубцовой ткани. В артериях и венах дна язвы развиваются фибриноидные изменения, нередко с образованием тромбов в их просвете.

Размеры язва в период обострения увеличиваются и вглубь и в ширину.



## Период заживления язвы.

Начинается с очищения дна от некротических масс и рассасывания экссудата. Зона некроза замещается грануляционной тканью, которая постепенно созревает в грубоволокнистую рубцовую ткань.

С краев язвы начинает пролиферировать и наплывать на дно язвы эпителий и постепенно на дне язвы формируется полноценная слизистая оболочка.

# Осложнения пептической язвы.

Различают по характеру несколько групп осложнений:

1. Деструктивные –  
перфорация язвы,  
кровотечения из язвы,  
пенетрация язвы.

2. Воспалительные – гастрит, перигастрит, дуоденит, перидуоденит.

3. Рубцовые – стеноз входного и выходного отверстий желудка, стеноз и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, деформация желудка.

4. Малигнизация язвы.

# Эпителиальные опухоли желудка:

1. доброкачественные –  
аденома и
2. злокачественные – рак.

**Аденома желудка** – это интраэпителиальная неоплазия с разной степенью выраженности дисплазии эпителия (от низкой до высокой).

Макроскопически аденома имеет вид одиночного полипа на тонкой или широкой ножке. Чаще локализуется в локальном отделе.



## Рак желудка.

Факторы, играющие ведущую роль в развитии рака желудка – диета, билиарный рефлюкс и инфекция Нр.

## К предраковым состояниям

относят следующие  
заболевания:

- 1) аденому желудка,
- 2) хронический атрофический  
гастрит
- 3) пернициозную анемию
- 4) инфекцию Нр.

Среди всех пациентов, страдающих предраковыми заболеваниями, выделяется группа с повышенным риском развития рака желудка. Это больные, у которых при гистологическом исследовании гастробиопсий обнаружены предраковые изменения.

# К предраковым изменениям

относятся:

1. дисплазия желудочного  
эпителия

2. дисплазия  
метаплазмированного  
кишечного эпителия  
(неполная или  
толстокишечная)

## Стадии морфогенеза:

1. тяжелая дисплазия
2. неинвазивная карцинома  
(in situ)
3. инвазивный рак.

# Классификация рака желудка.

(По локализации):

1. Пилорического отдела
2. малой кривизны тела с переходом на заднюю и переднюю стенки
3. кардиального отдела
4. большой кривизны
5. дна желудка
6. субтотальный (больше одного отдела)
7. тотальный (все отделы).

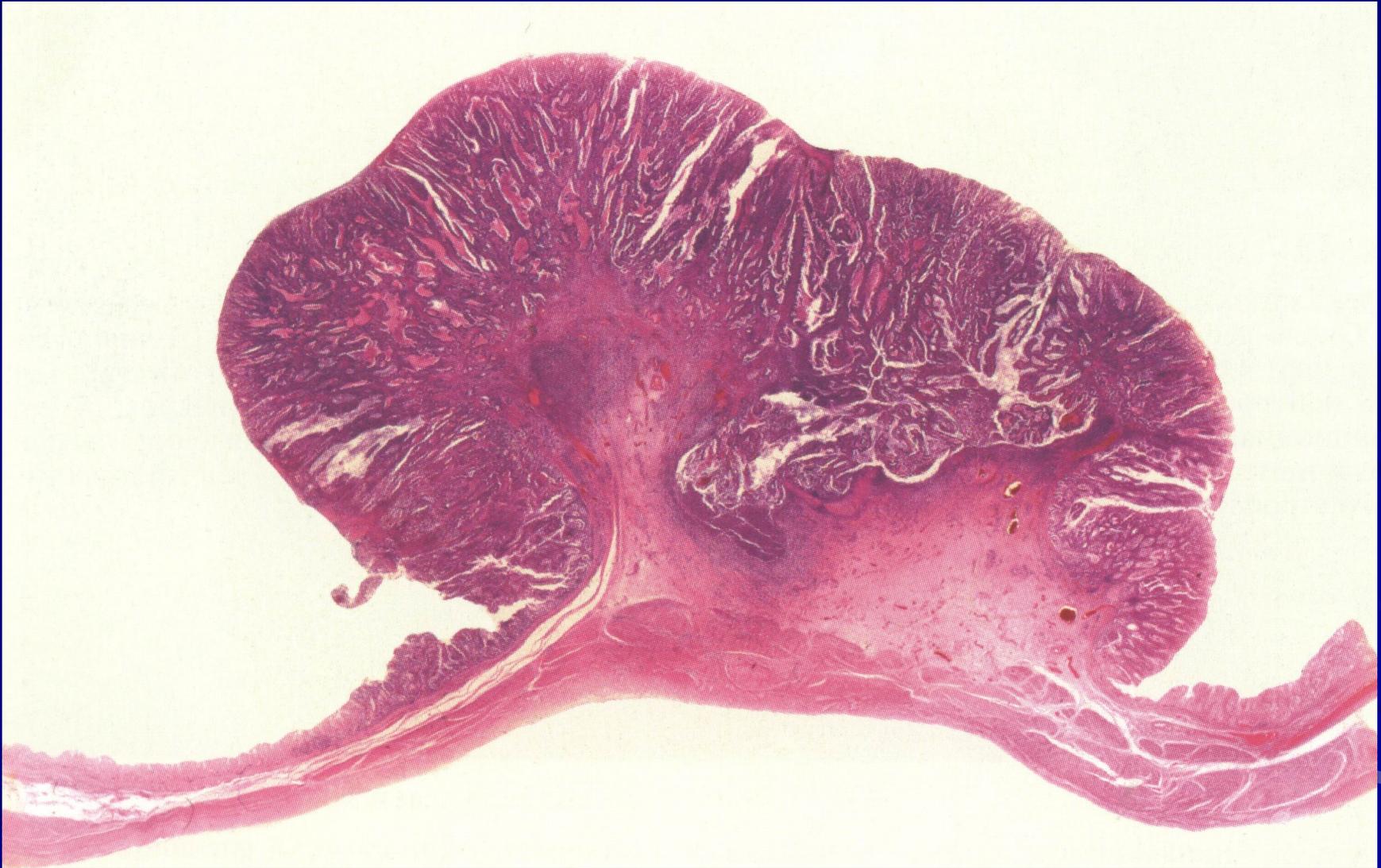
Самая частая локализация –  
пилорический отдел и малая  
кривизна.

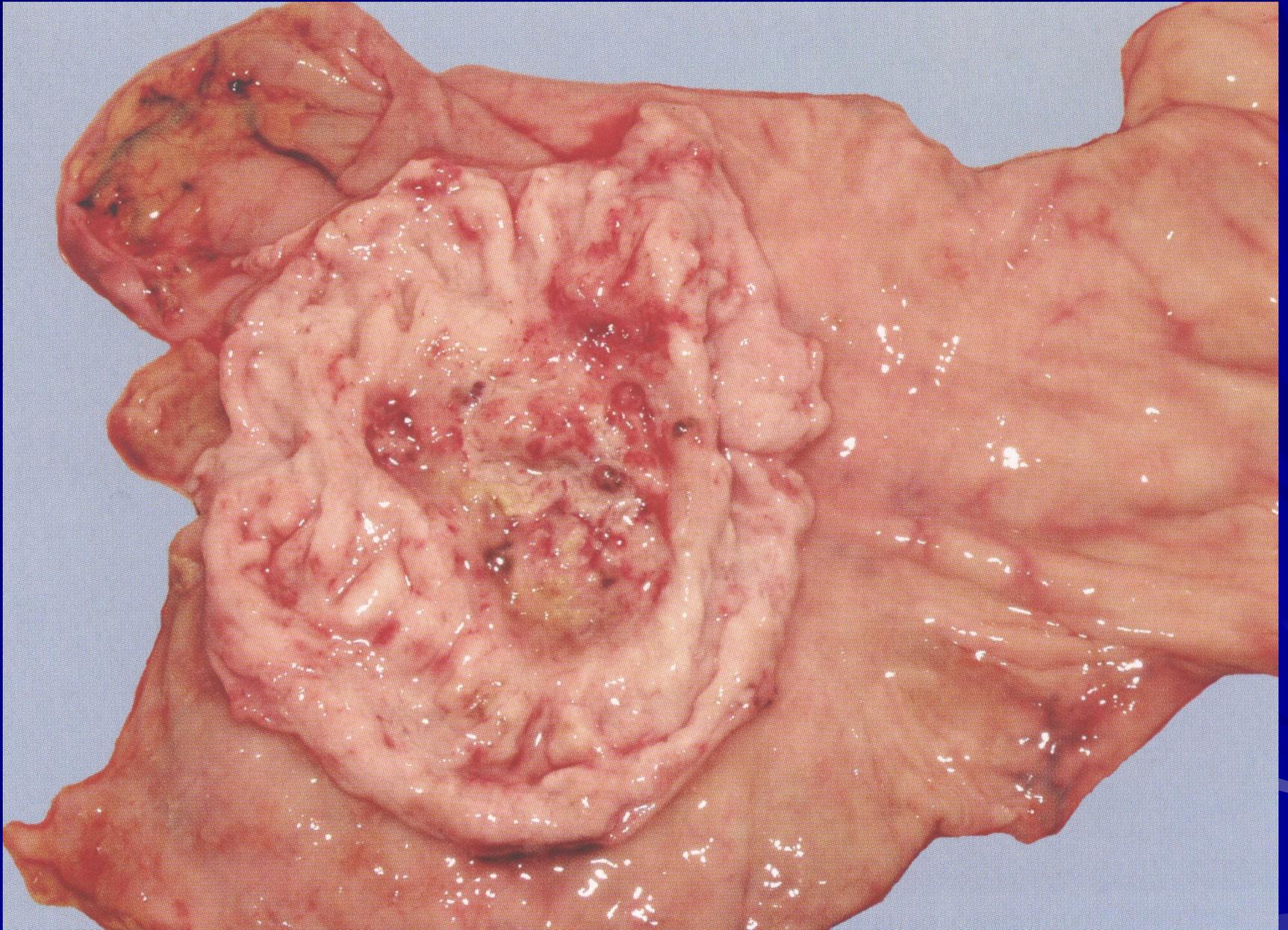
## По форме роста

### 1. Экзофитные:

бляшковидный, полипозный,  
грибовидный,  
изъязвленные раки (первично-  
язвенный, блюдцеобразный.  
Рак-язва).

2. Эндофитные: диффузный,  
инфильтративно-язвенный.









# Патологическая анатомия.

Гистологически – это  
аденокарцинома или  
недифференцированный рак.

**Бляшковидный рак** представлен плоским образованием, слегка приподнятым над слизистой, небольших размеров, до 2-х см. Располагается в слизистой оболочке. Диагностируется только гастроскопически.

Гистологически опухоль имеет строение низкодифференцированной аденокарциномы.

***Полипозный рак*** – имеет вид полипа на тонкой ножке, мягкой консистенции, чаще развивается из аденоматозного полипа. Гистологически имеет строение папиллярной аденокарциномы.

***Грибовидный рак*** – растет на широком основании, внешне напоминает цветную капусту, располагается чаще на малой кривизне тела желудка. На поверхности опухоли образуются эрозии, очаги некроза, покрытые фибрином

## **Группа изъязвленных раков**

(самая распространенная макроскопическая форма).

### **1. Первично-язвенный рак** –

подвергается изъязвлению на стадии плоской бляшки. Он проходит три стадии: стадию раковой эрозии, стадию острой язвы и стадию хронической раковой язвы.

Гистологически имеет строение недифференцированного рака.

## **2. Блюдцеобразный рак -**

выбухающий в просвет желудка

узел с валикообразно

приподнятыми краями и

западающим в центре дном.

Образуется при изъязвлении

грибовидного рака.

Гистологически представлен

аденокарциномой или

недифференцированным раком.

**3. Язва-рак** развивается в результате малигнизации хронической язвы.

## ***Раки с эндофитным ростом.***

***1. Диффузный рак*** - старое название “пластический лимит”, потому что опухоль представлена плотной белесовато-серой тканью, похожей на лен. Опухоль прорастает стенку желудка. Стенка утолщена, плотная, слои не различимы.

Желудок сморщен, просвет равномерно сужен. Гистологически – представлен аденокарциномой или недифференцированным раком.

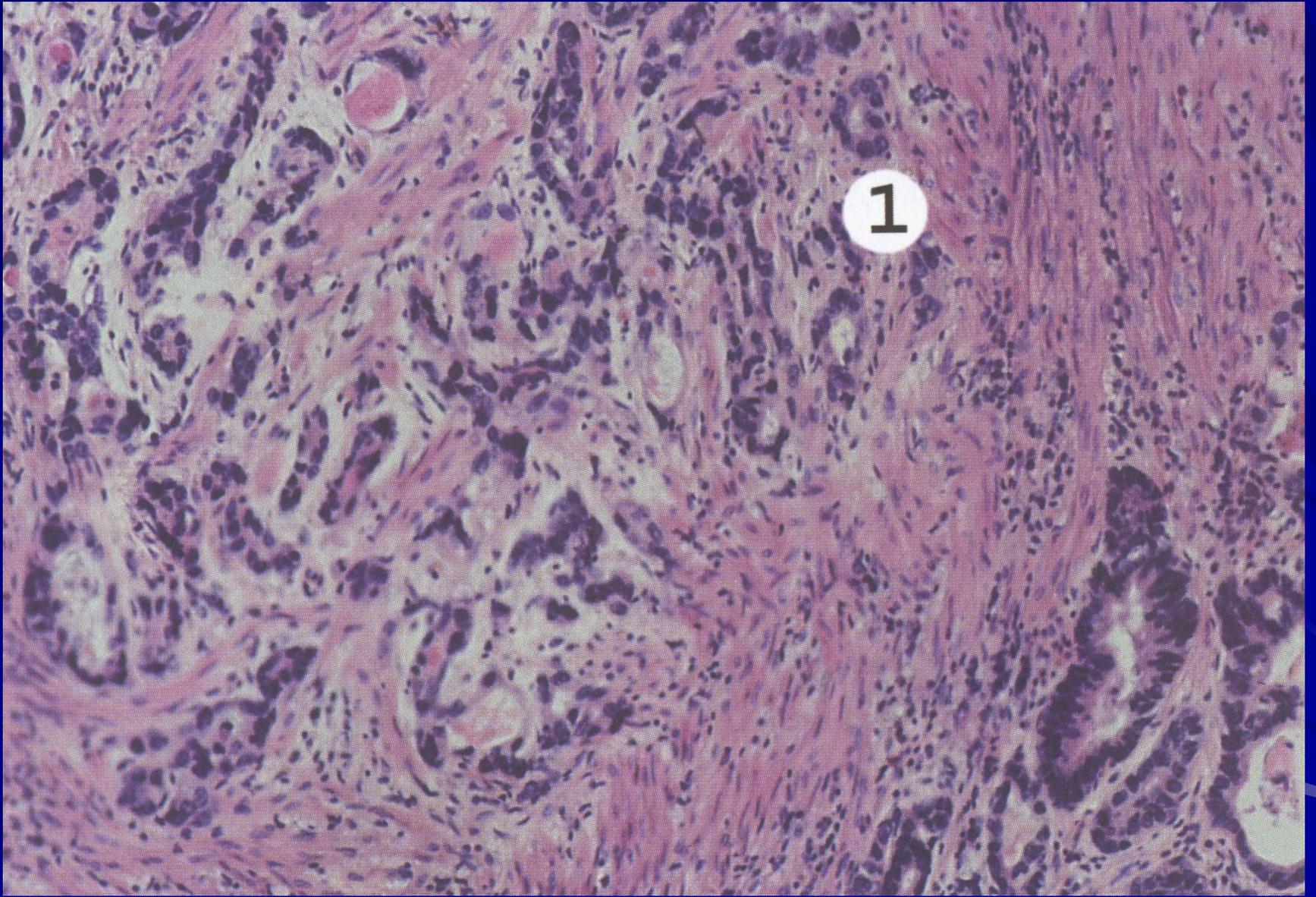
## **2. инфильтративно-язвенный рак**

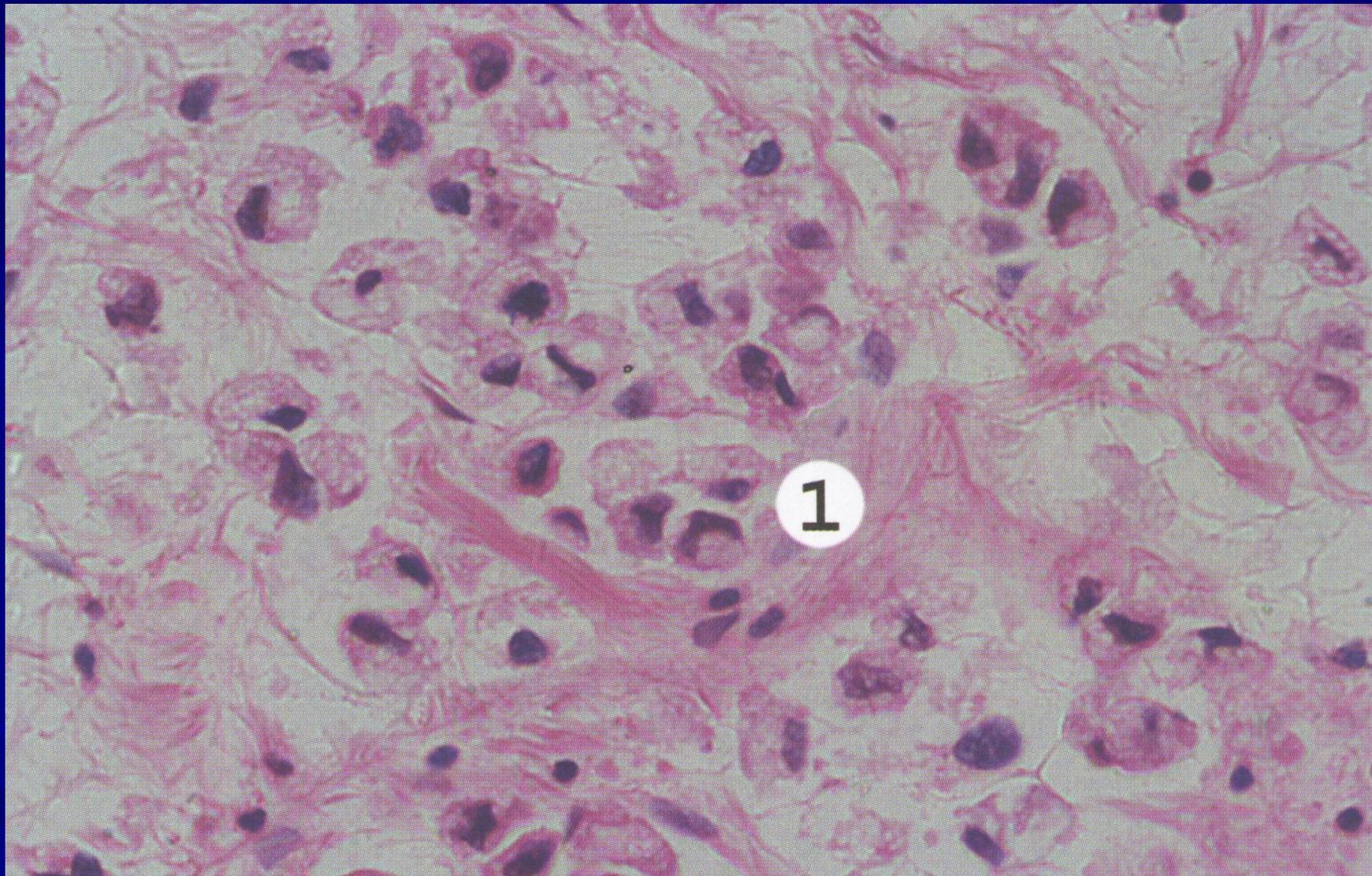
на фоне диффузного прорастания стенки желудка опухолью развиваются эрозии или язвы.

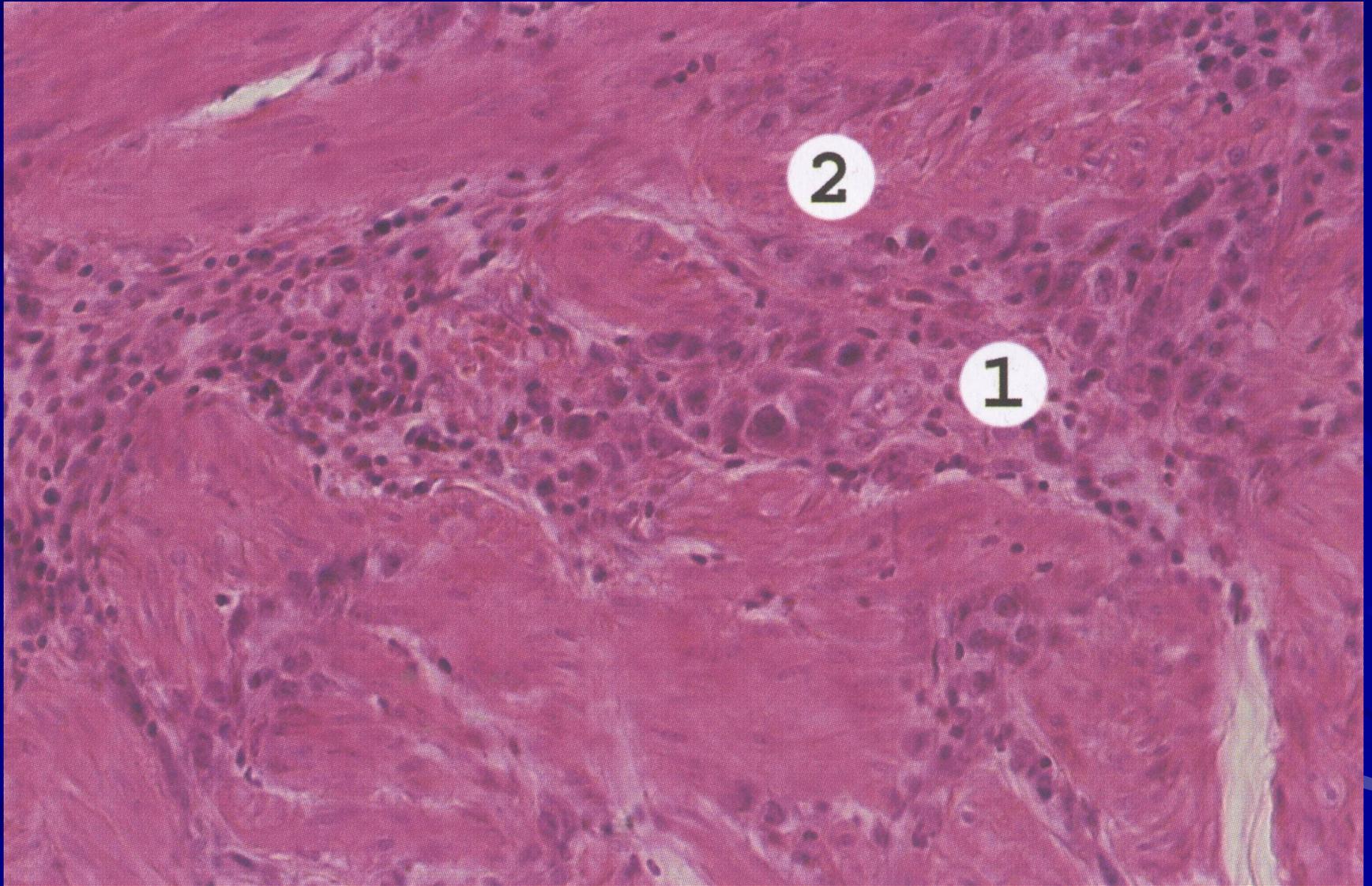
Гистологически - недифференцированный рак.

## Гистологические формы.

Аденокарциномы бывают: папиллярные, тубулярные, муцинозные; по степени дифференцировки аденокарциномы могут быть высоко-, умеренно, и низкодифференцированные. Кроме недифференцированной карциномы выделяют еще перстневидноклеточную, мелкоклеточную, железисто-плоскоклеточную и плоскоклеточную карциному.







## Метастазирование.

Рак желудка дает метастазы лимфогенным, гематогенным и имплантационным путями.

**Лимфогенные метастазы** в регионарные лимфоузлы по малой и большой кривизне, в л/у ворот печени, парааортальные л/у и другие, например, в яичнике (крукенберговские метастазы) параректальную клетчатку (шницлеровские метастазы) и в левый надключичный лимфоузел (Вирховская железа).

Гематогенные метастазы –  
в печень, легкие, головной  
МОЗГ.

Имплантиционные  
метастазы –  
карциноматоз плевры,  
перикарда, брюшины,  
сальника.

