

Болезни желудочно-кишечного тракта

БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

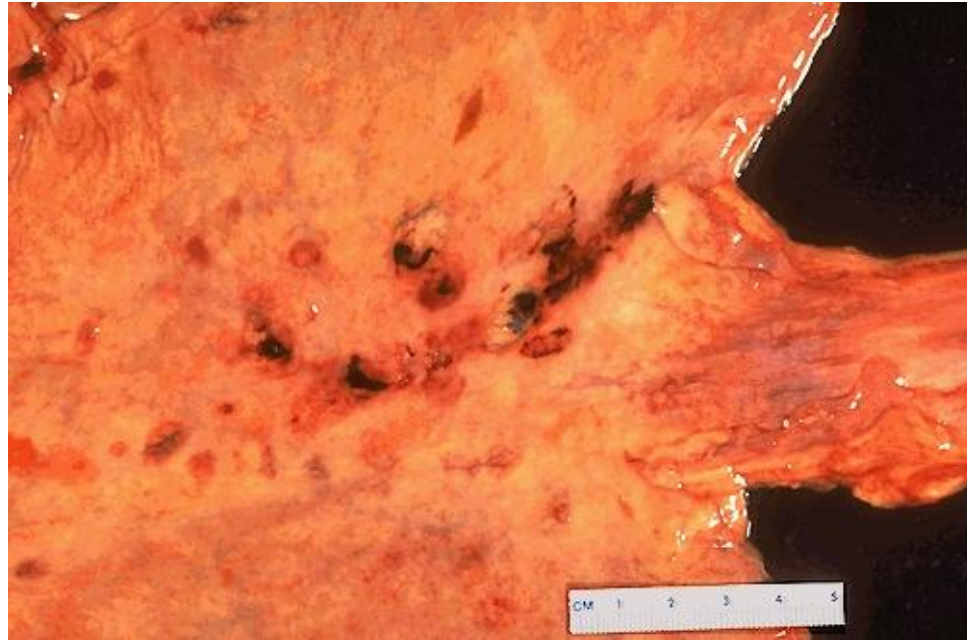
**ОСТРЫЕ ДЕСТРУКТИВНЫЕ
ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА**

Острые эрозии и язвы возникают при

- инфаркте миокарда
- патологии ЦНС (инсульт, черепно-мозговые травмы)
- сердечной декомпенсации (пороки сердца, «легочное сердце»)
- уремии
- циррозе печени
- болезнях крови
- инфекционных болезнях
- экзогенных интоксикациях
- ожогах и отморожениях

В основе патогенеза острых эрозий и язв лежат нейрососудистые реакции со спазмом мелких артерий, некрозом и пептическим перевариванием погибших участков.

Эрозии

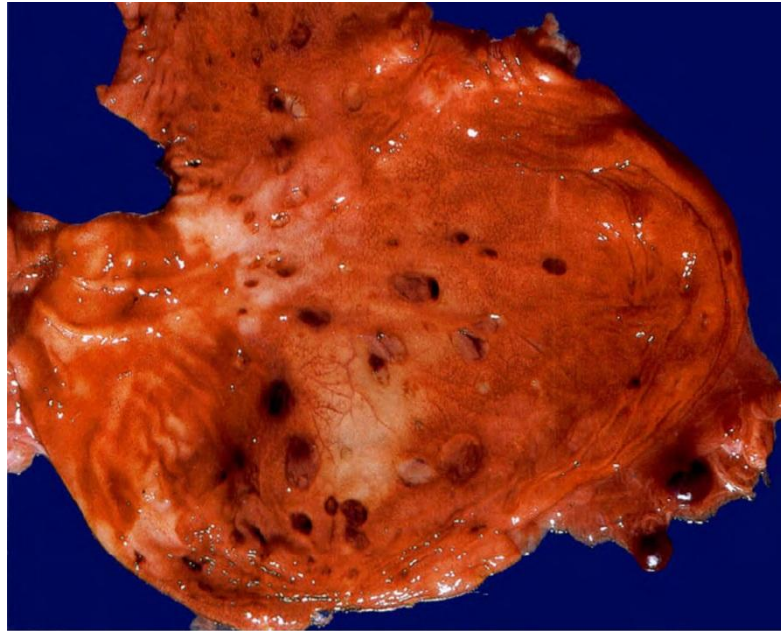


поверхностные дефекты слизистой оболочки желудка, не проникающие за мышечную пластинку слизистой оболочки.

Виды эрозий

- поверхностные
- геморрагические

Острые язвы



- **глубокие поражения стенки желудка, возникающие как осложнения других заболеваний.**
- **макроскопически имеют округлую или овальную форму диаметром 1-3 см с ровными подрывными краями.**

Синдром Маллори-Вейса

– спонтанный разрыв слизистой оболочки желудка в виде радиарных трещин кардиального отдела желудка с распространением на малую кривизну и тело. Возникает при повышении давления внутри желудка при проведении реанимационных мероприятий (массаж сердца), неукротимой рвоте, нередко возникновению синдрома способствует наличие хронического атрофического гастрита.



Острый гастрит – острое
воспалительное заболевание слизистой
оболочки желудка

Причины острого гастрита

- недоброкачественная пища,
- обильное употребление нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) (аспирин);
- избыточное употребление алкоголя;
- интенсивное курение;
- использование противоопухолевых химиопрепаратов;
- уремия;
- системные инфекции (например, сальмонеллез);
- шок и тяжелый стресс (при ожогах, травмах, хирургических операциях, почечной и печеночной недостаточности);
- химический ожог кислотами и щелочами и мн. др.

Формы острого гастрита

- катаральный
- фибринозный
- флегмонозный
- некротический (коррозивный)

Некротический гастрит



Исходы флегмонозного и некротического гастритов связаны с перфорацией стенки желудка, развитием перитонита, реже – циррозом желудка.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ (ХГ)

- широко распространенное заболевание органов пищеварения различной этиологии и патогенеза. В настоящее время принята Сиднейская классификация гастритов, которая базируется на результатах патоморфологического исследования гастробиоптатов.

Классификация ХГ

ЭТИОЛОГИЯ

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

аутоиммунный ХГ
(тип А)

тело и дно
желудка

атрофический

хеликобактерный ХГ
(тип В)

антральный

поверхностный

рефлюкс гастрит
(тип С)

диффузный

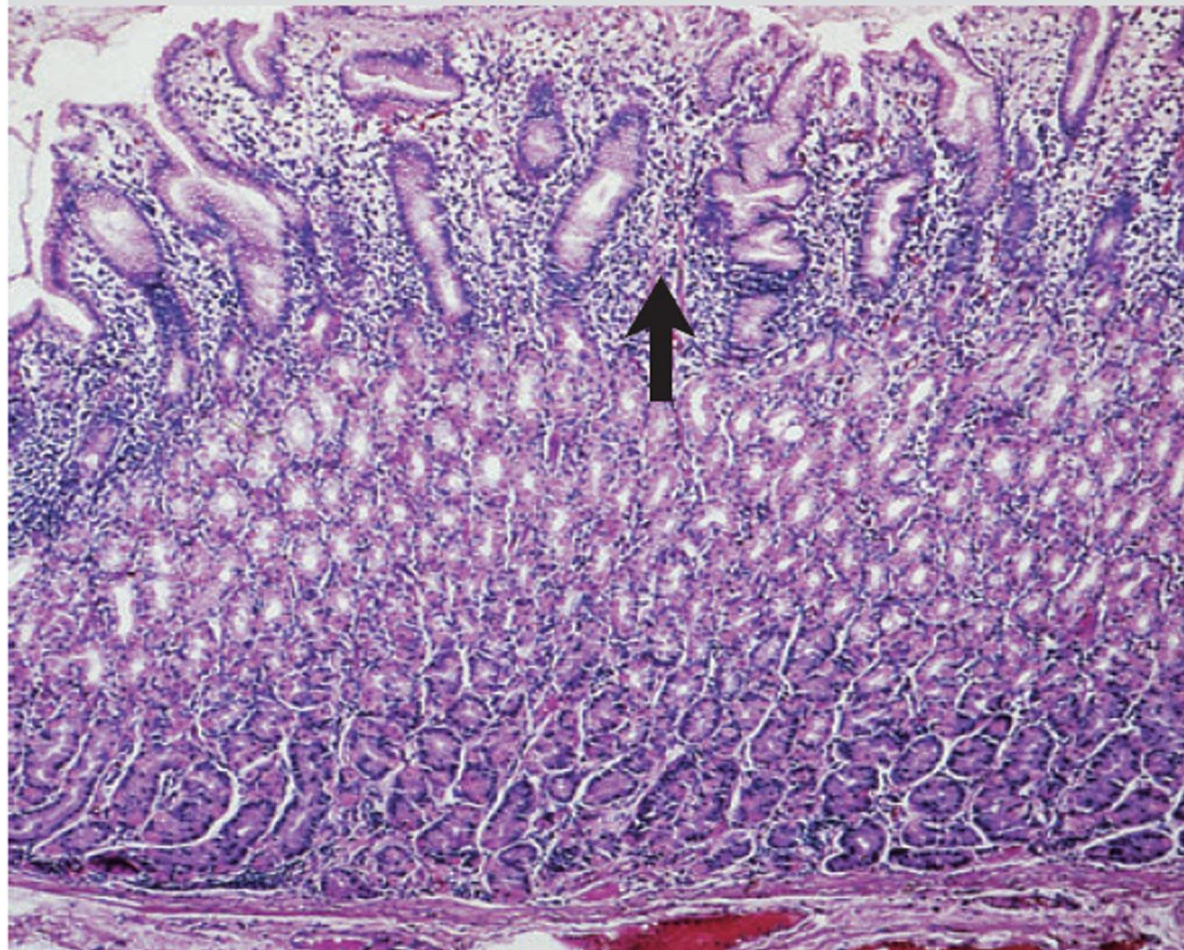
редкие типы ХГ: гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный

Аутоиммунный ХГ (тип А)

– заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит образование аутоантител к париетальным клеткам слизистой оболочки желудка, вырабатывающим соляную кислоту и внутренний фактор.

Характерно преобладание атрофических процессов в слизистой оболочке желудка. Наиболее часто встречается в среднем и пожилом возрасте, реже – у детей вследствие раннего проявления аутоиммунных нарушений.

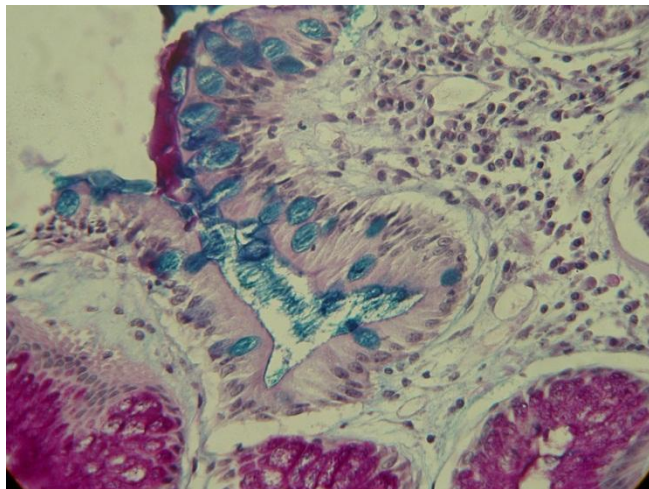
Аутоиммунный ХГ (тип А)



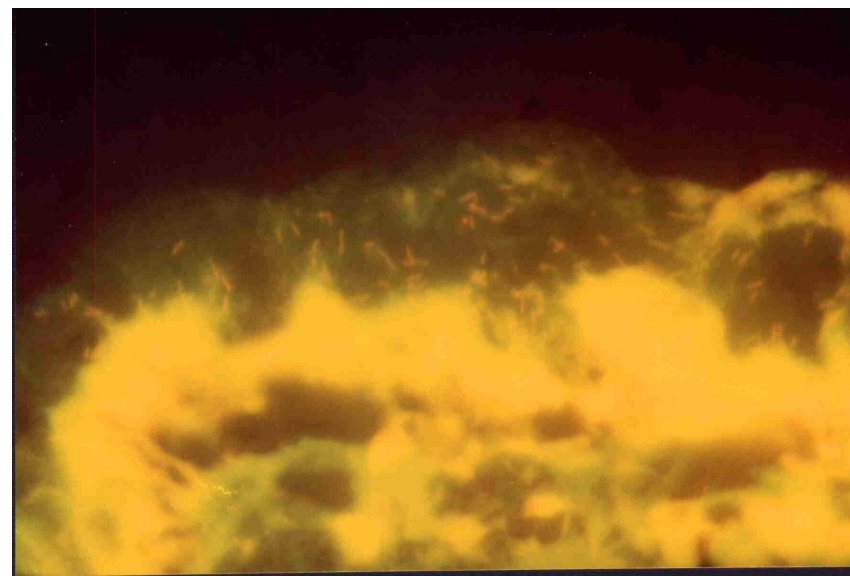
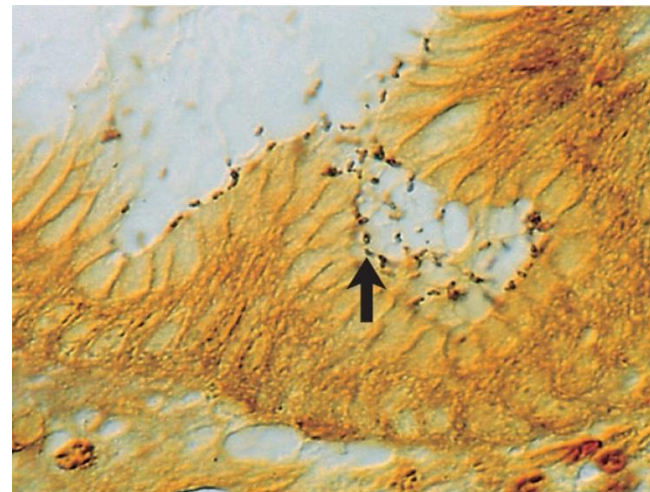
Хронический хеликобактерный гастрит (тип В)

– наиболее широко распространенное заболевание (80%), связанное с бактериальной инфекцией (НР). Характерно активное воспаление с регенерацией, метаплазией покровно-ямочного эпителия с завершением в виде очаговой атрофии слизистой оболочки желудка.

Хронический хеликобактерный гастрит (тип В)



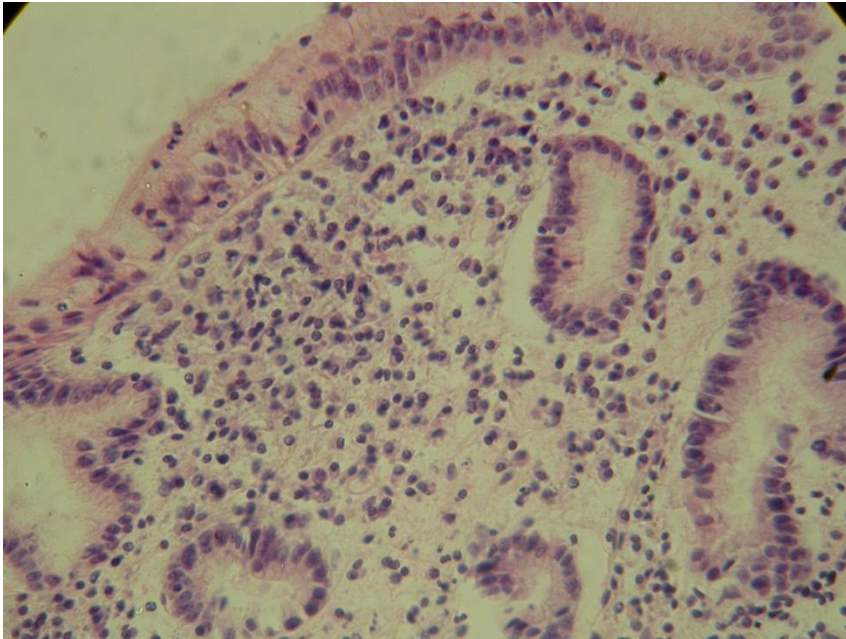
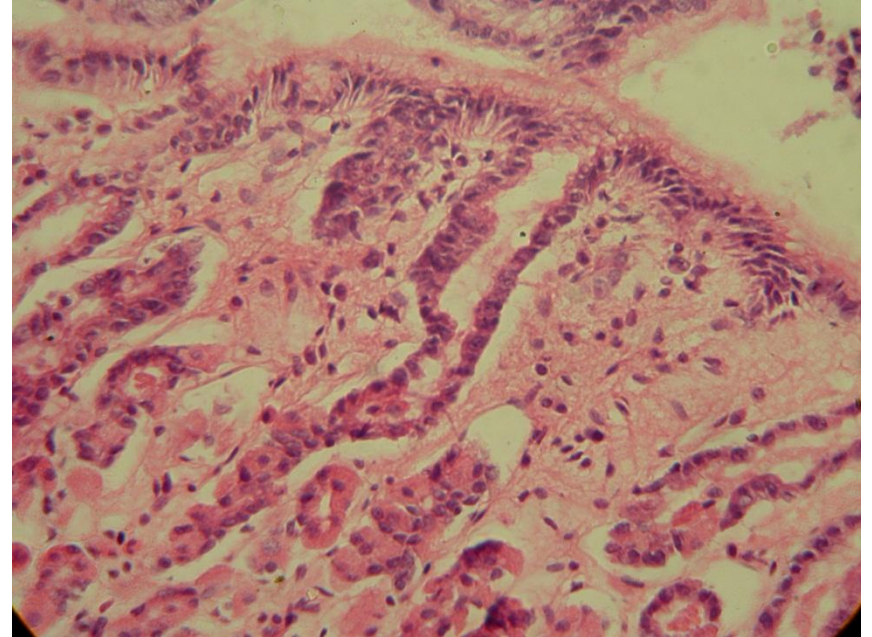
Кишечная метаплазия
эпителия в желудке



Хронический рефлюкс-гастрит (тип С)

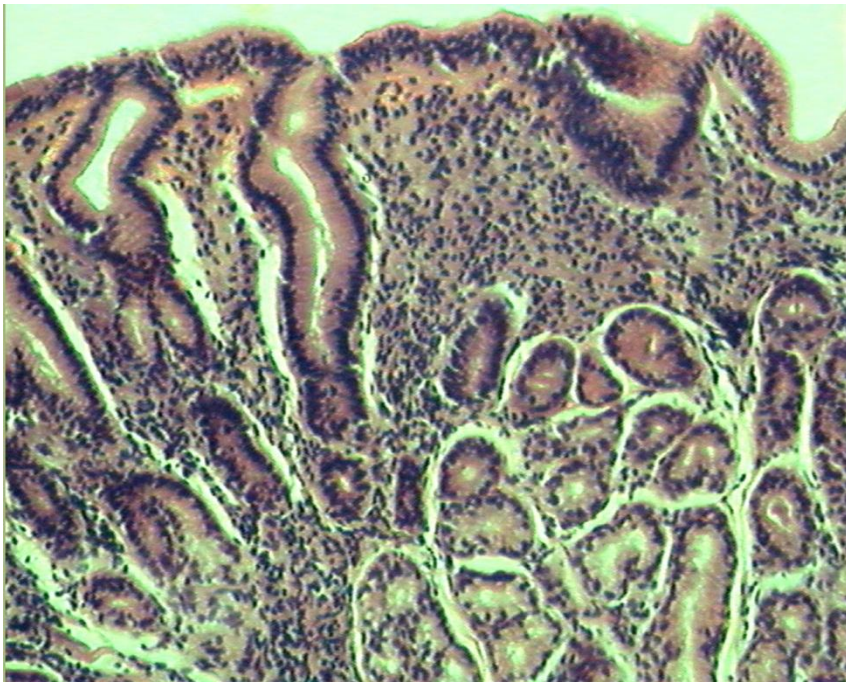
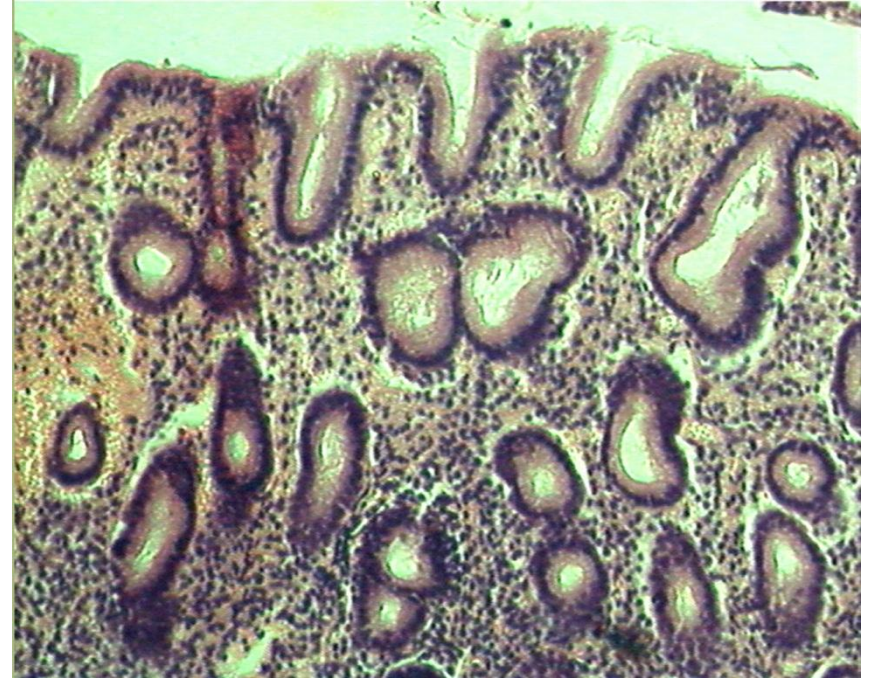
имеет химико-токсическую природу и возникает при рефлюксе желчи в желудок вследствие резекции желудка и реконструктивных операций на желудке.

Фундальный хронический гастрит



Антральный хронический гастрит

Атрофический гастрит

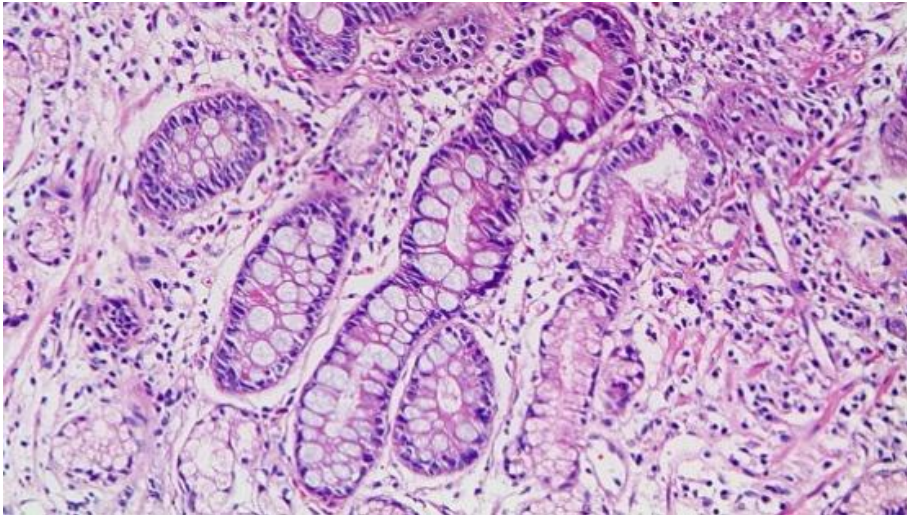


Неатрофический гастрит

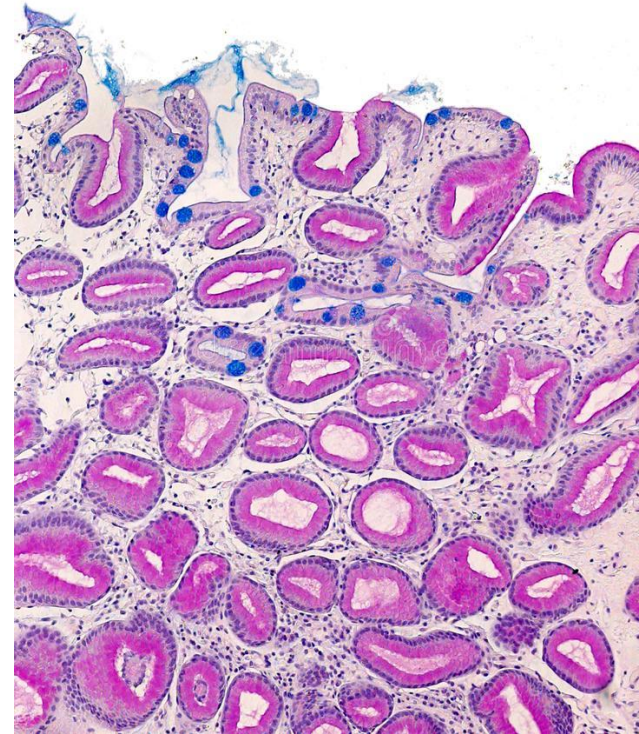
Морфологические критерии ХГ

- Выраженность воспаления (инфильтрация плазмócитами и лимфоцитами собственной пластинки)
- Активность воспаления (инфильтрация полиморфно-ядерные лейкоциты собственной пластинки, межэпителиальных пространств)
- Атрофия желез
- Кишечная метаплазия
- Обсемененность НР

Кишечная метаплазия

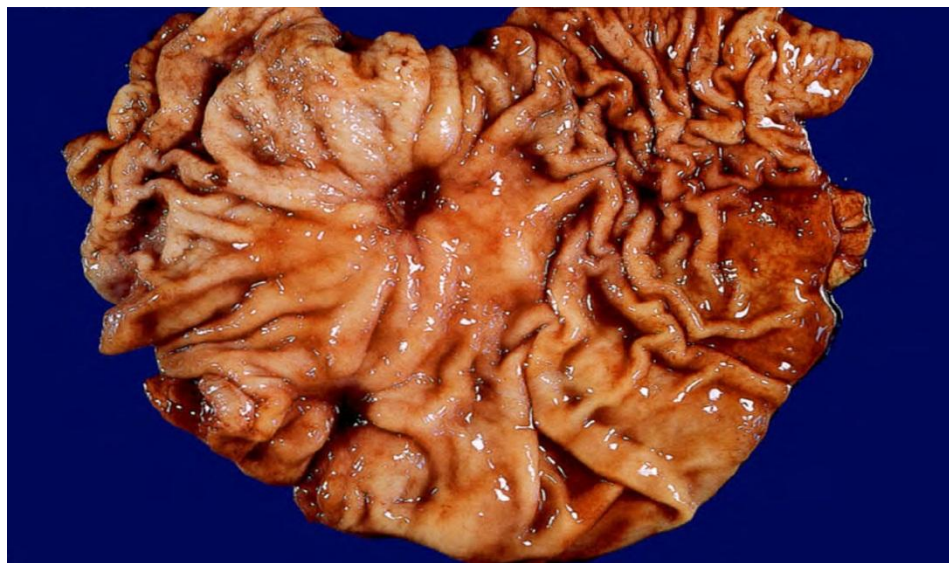


Окр. Гематоксилином и эозином



ШИК - реакция

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

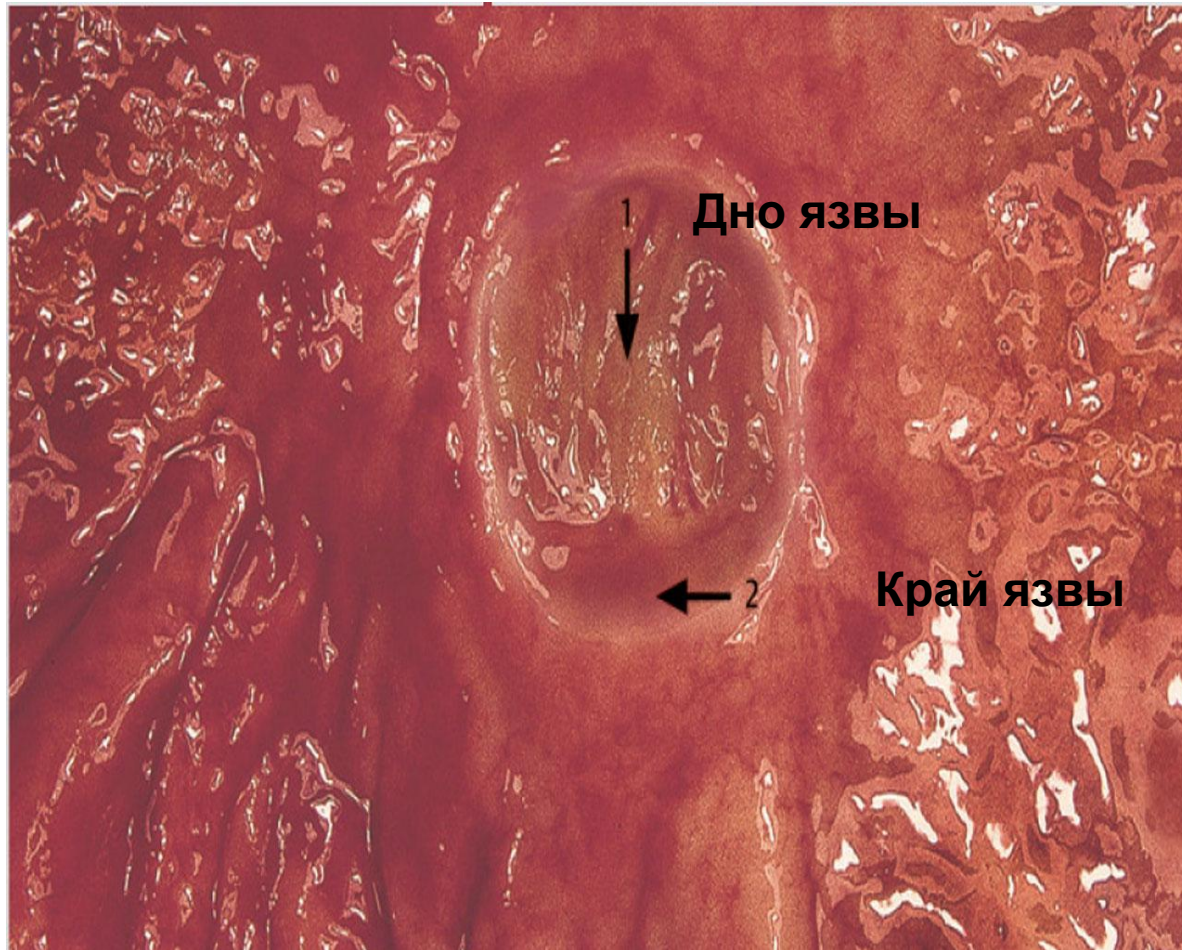


- хроническое циклически текущее заболевание, основным клиническим и морфологическим выражением которого является рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Теории этиологии и патогенеза язвенной болезни

- кортико-висцеральная
- влияние кислотно-пептического фактора
- гормональная
- инфекционная (НВ)

Макроскопическая характеристика

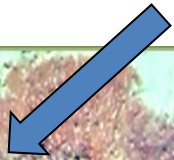
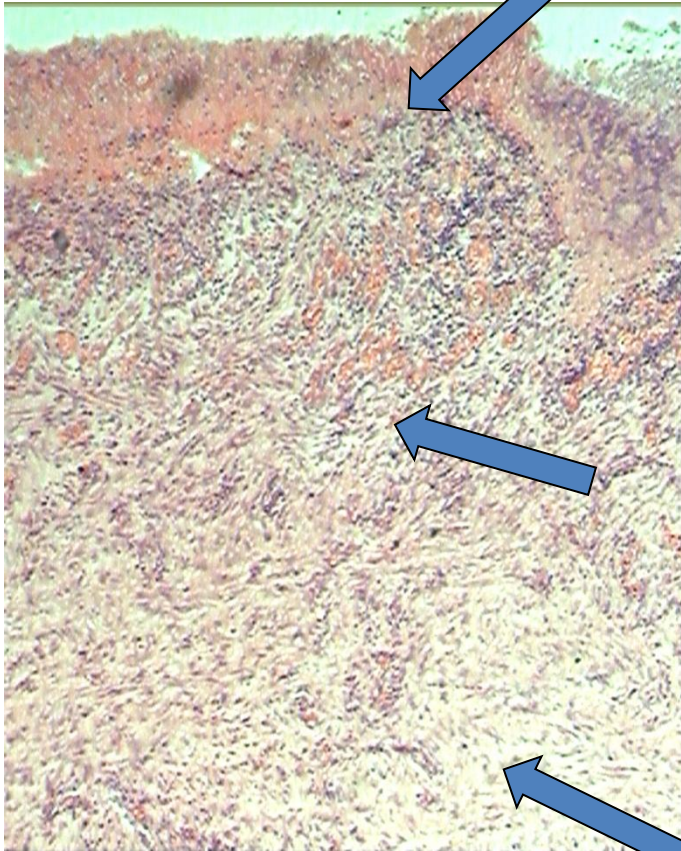


В период обострения дно хронической язвы представлено

- слоем экссудата
- слоем некроза
- слоем грануляционной ткани
- слоем склероза

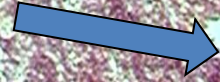
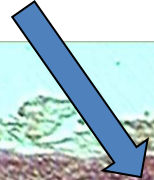
Структура дна язвы

Гнойно-некротический детрит



Грануляционная ткань

Рубцовая ткань



Осложнения язвенной болезни

- желудочное кровотечение
 - пенетрация (Penetratio) ←
 - перфорация (Perforatio)
 - малигнизация
 - воспалительные осложнения (перигастрит, перидуоденит) →
 - рубцовый стеноз привратника (Stenosis pylori)
-

**Опухоли и
опухолеподобные
процессы
желудка**

Опухолеподобные процессы

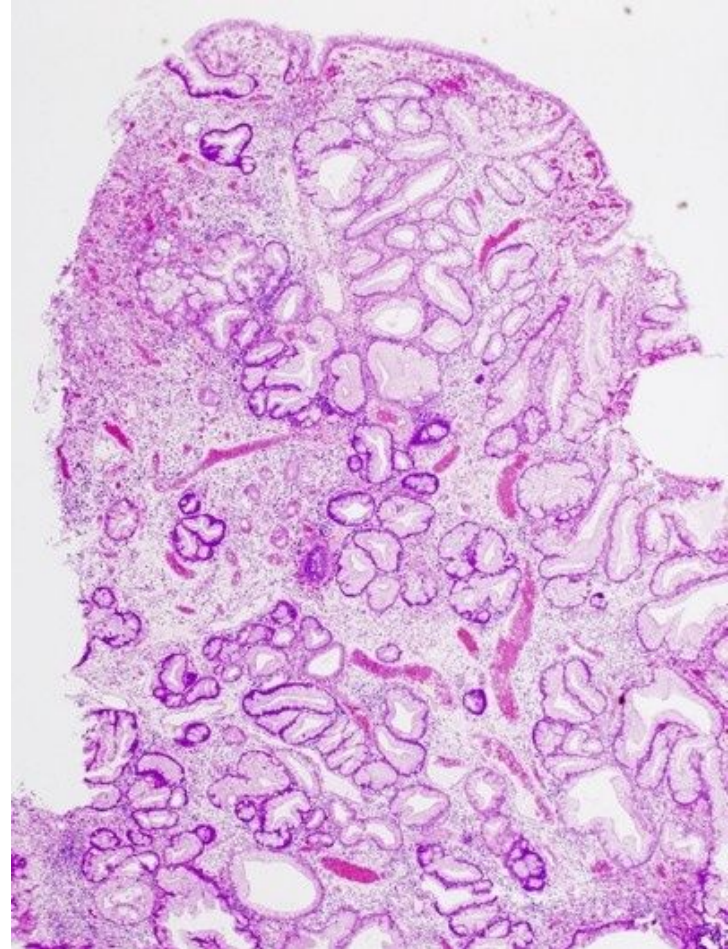
- гиперпластический полип
- воспалительный фиброзный полип
- лимфоидная гиперплазия
- гетеротопии
- гамартома (полип Пейтца-Егерса)
- ювенильный полип
- гигантские гипертрофированные складки

Гиперпластический полип

*синонимы: регенеративный,
аденоматозный,
гиперплазиогенный полипы*

Гиперплазиогенные полипы никогда не располагаются на интактной слизистой оболочке, они видны на фоне фовеолярной гиперплазии.

Гиперплазиогенный полип - не предрак. Длительное наблюдение за больными показало, что через 1-7 лет после полипэктомии рак возник только у 1,3%.



Классификация эпителиальных опухолей желудка

Доброкачественные

Аденома

Злокачественные

1. Аденокарцинома
 - папиллярная
 - тубулярная
 - муцинозная
 - перстневидноклеточная
2. Железисто-плоскоклеточный
3. Плоскоклеточный рак
4. Недифференцированный рак

Аденома

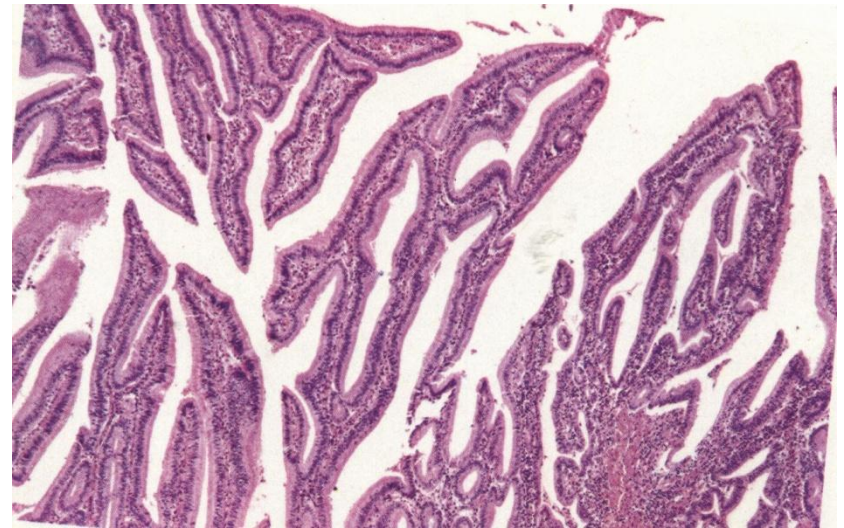
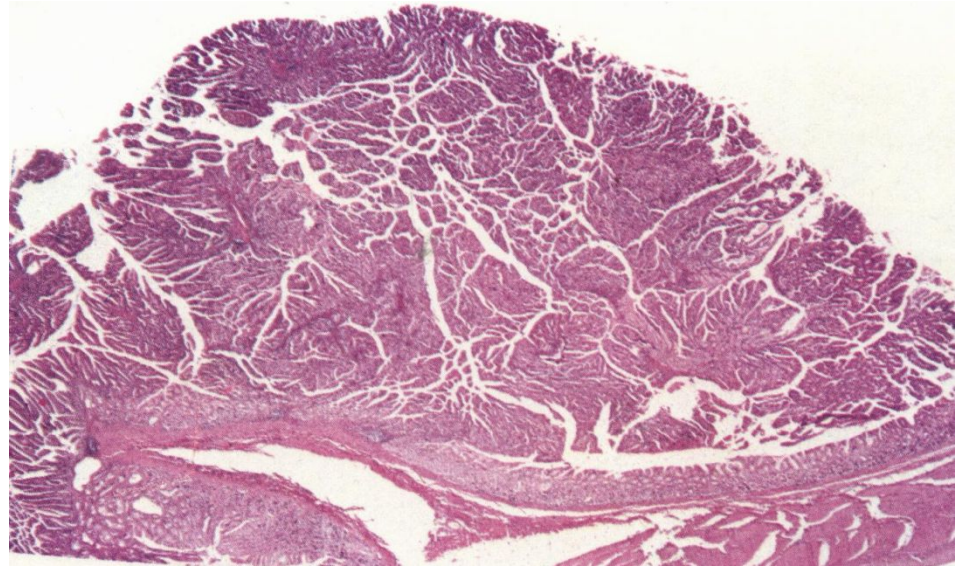
- Аденома – истинная доброкачественная опухоль из железистого эпителия, образующая папиллярные или тубулярные структуры с различной степенью клеточной атипии.
- Аденомы в 6-75% случаев подвергаются озлокачествлению и в 29-59% их находят у больных раком желудка.
- Малигнизация аденом зависит от их размеров.
- Наиболее опасны в этом отношении аденомы диаметром больше 2 см.

Классификация аденом

- папиллярная (ворсинчатая)
- тубулярная
- папиллярно-тубулярная

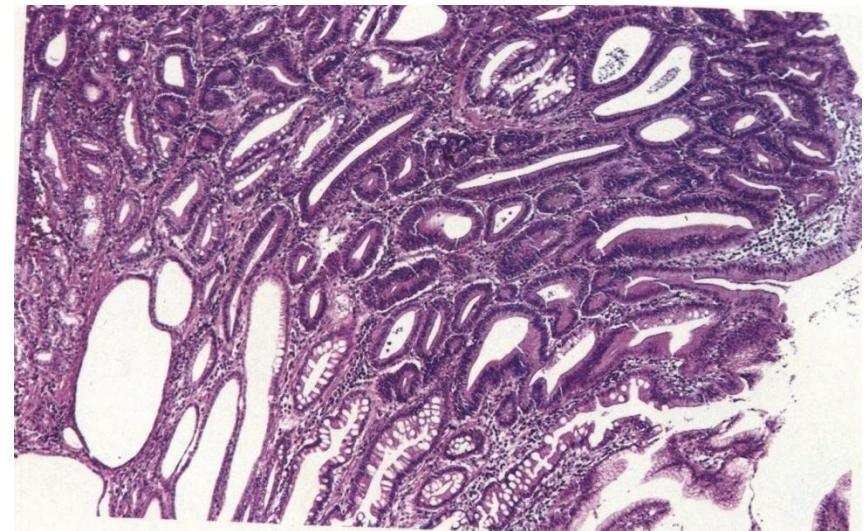
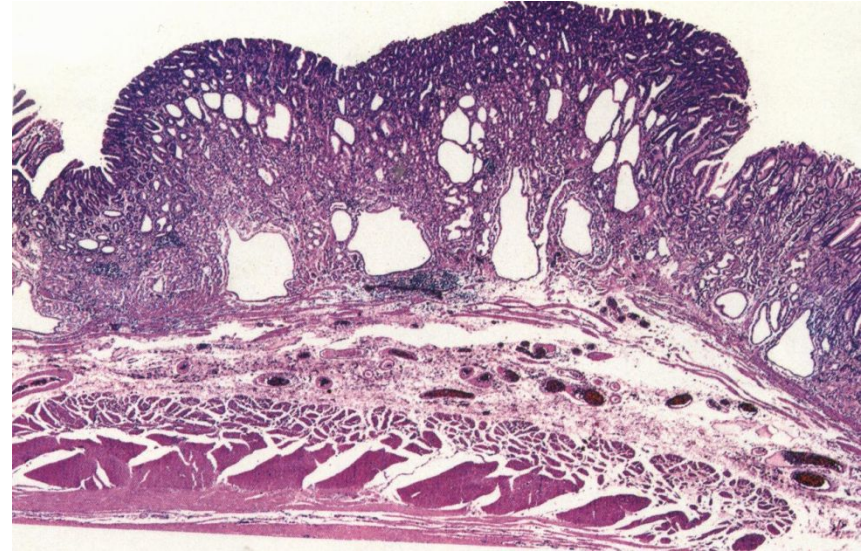
Папиллярная аденома

- Представлена узкими и широкими пальцевидными выростами, основу которых составляет собственный слой слизистой оболочки.



Тубулярная аденома

- Представлена разветвленными железами, окруженными собственным слоем слизистой оболочки.
- Атипичный эпителий может занимать верхний слой слизистой оболочки.
- В подлежащих слоях могут оставаться нормальные или кистозно измененные железы.
- Тубулярную аденому называют аденоматозный полип.



РАК ЖЕЛУДКА

Заболеваемость

- В структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает второе место после рака легкого.
- Ежегодно в нашей стране учитывается 48,8 тыс. новых случаев этого заболевания, что составляет немногим более 11% от всех злокачественных опухолей.
- Около 45 тысяч россиян ежегодно умирают от рака желудка.
- В подавляющем большинстве стран мира заболеваемость мужчин в 2 раза выше, чем у женщин.
- Максимальный уровень заболеваемости раком желудка (114,7 на 100 тыс. населения) отмечен у мужчин Японии, а минимальный (3,1 на 100 тыс. населения) — у белых женщин США.

Этиология

- диета,
- билиарный рефлюкс,
- инфекция *Helicobacter pylori*.

Гистогенез (канцерогенез) рака желудка

хронический атрофический гастрит



кишечная метаплазия

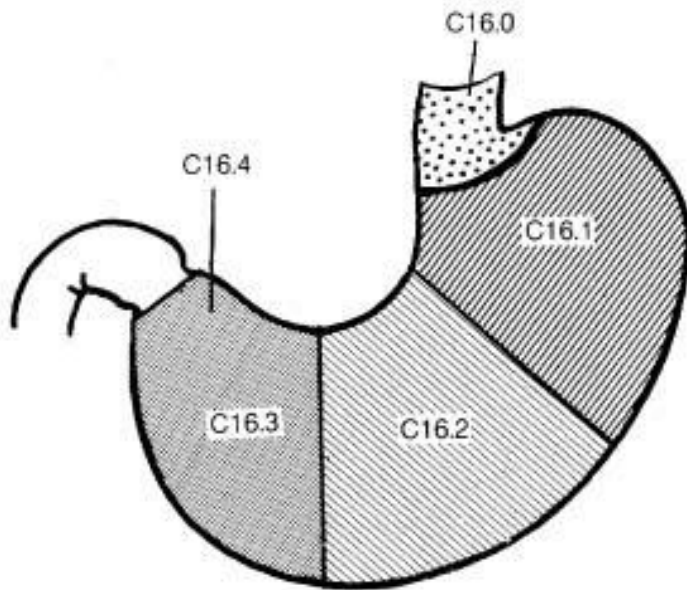


дисплазия



рак.

Локализация по анатомическим областям



Кардиальный отдел С 16.0
Дно желудка С 16.1
Тело желудка С 16.2
Антральный отдел С 16.3
Пилорический отдел С 16.4

Антральный и пилорический отдел — 60-70 % случаев;
Малая кривизна — 10-15 %;
Кардия — 8-10 %;
Передняя и задняя стенки — 2-5 %.

Классификация Vogtman по форме опухоли

- полиповидный (грибовидный)
- язвенные с четко очерченными краями
- язвенно-инфильтративный
- диффузно-инфильтративный
- неклассифицируемый

Ограниченные формы (полиповидный, язвенный) имеют более мягкое, медленное течение.

Формы без четких границ растут быстро, рано дают метастазы и труднее поддаются лечению.

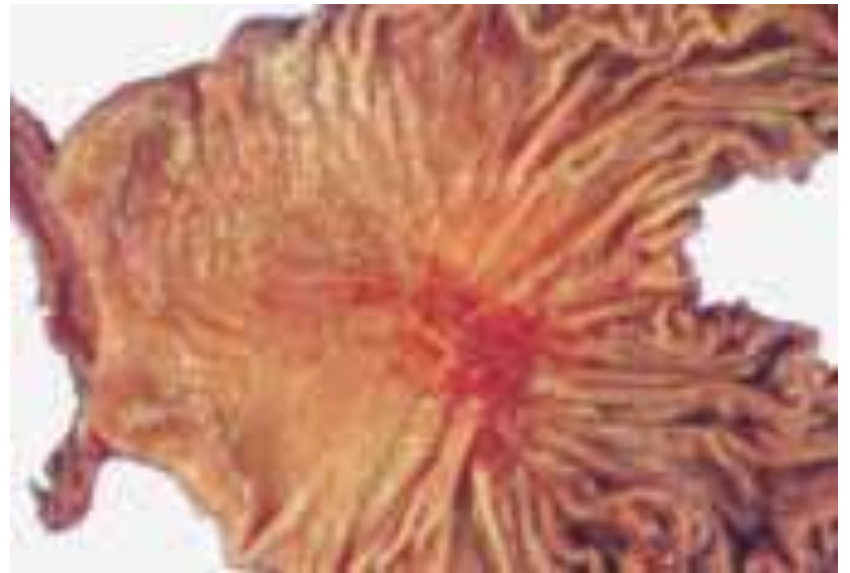
Полиповидная форма



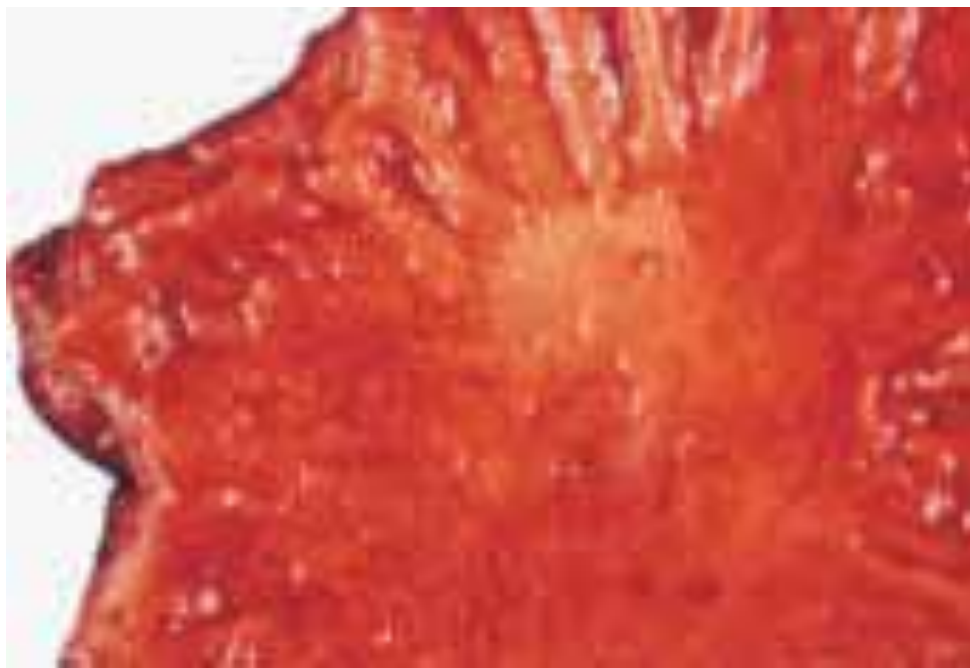
Язвенная форма



Язвенно-инфильтративная форма

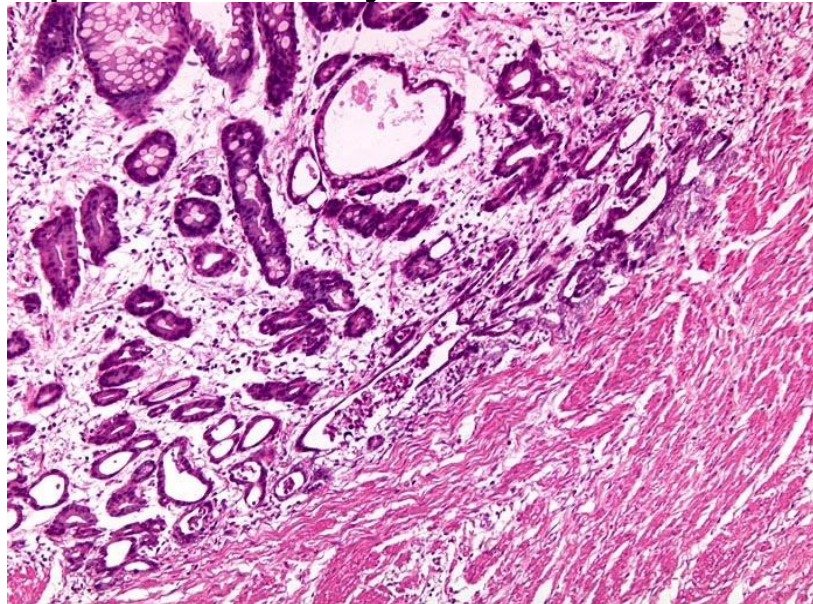


Диффузно-инфильтративная форма



«Ранний рак желудка»

- Японским обществом эндоскопистов гастроэнтерологов в 1962 г. была предложена классификация форм роста «ранних раков желудка».
- «Ранним раком желудка» называют опухоль, располагающуюся в пределах слизистой оболочки и подслизистого слоя стенки желудка, независимо от поражения лимфатических узлов.



Типы роста «раннего рака»

I. Выбухающий тип.

II. Поверхностный тип:

а) поверхностно-приподнятый;

б) поверхностно-плоский;

с) поверхностно-вдавленный.

III. Углубленный тип.

Различают также смешанные типы роста, например III+IIб; III+IIс.

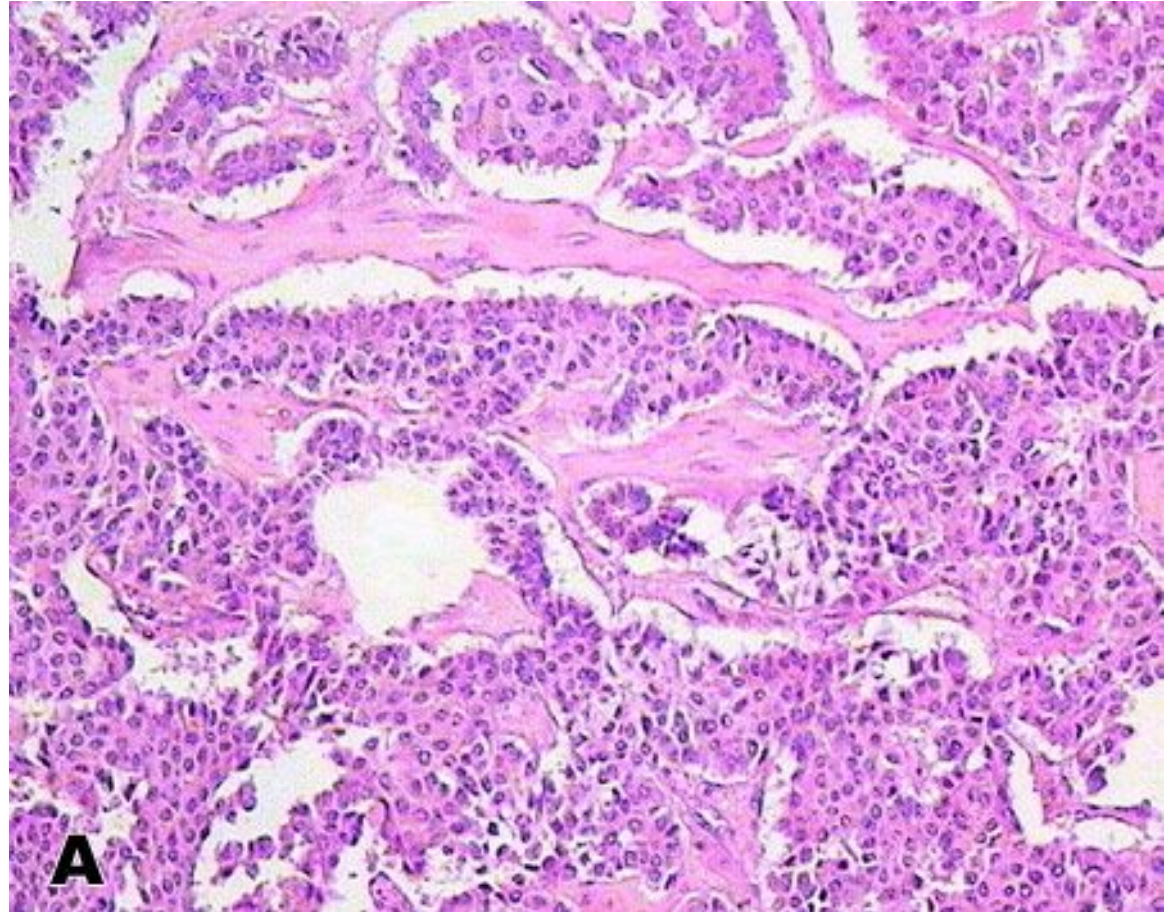


Степени дифференцировки аденокарцином

- высокодифференцированная - аденокарцинома, представленная железистыми структурами, которые по своей организации и структуре клеток имеют сходство с метапластическим кишечным эпителием
- умереннодифференцированная - аденокарцинома, занимающая промежуточное положение между высоко- и низкодифференцированной
- низкодифференцированная - аденокарцинома, в которой с трудом можно определить железистые структуры

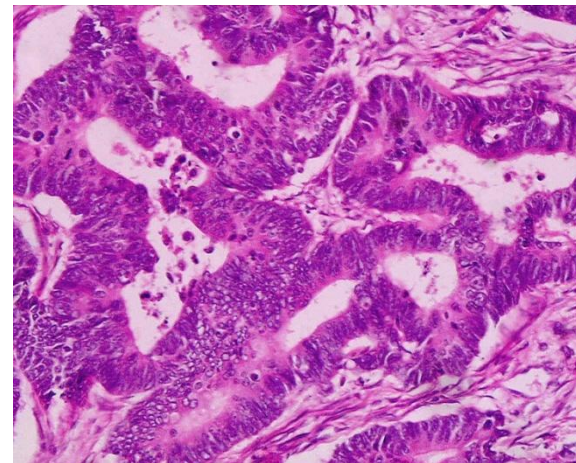
Папиллярная аденокарцинома

характеризуется
формированием
сосочковых
структур

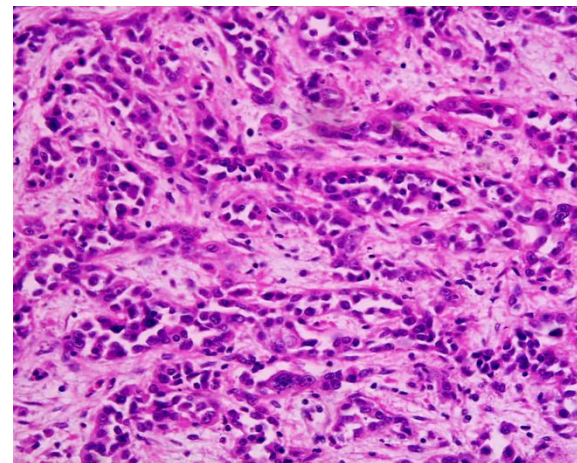


Тубулярная аденокарцинома

представлена
разветвленными
тубулярными структурами,
заключенными в
фиброзную строму.



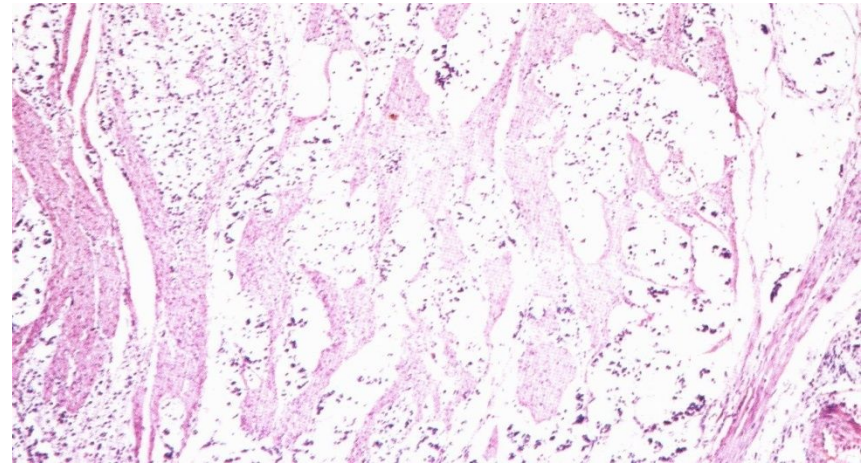
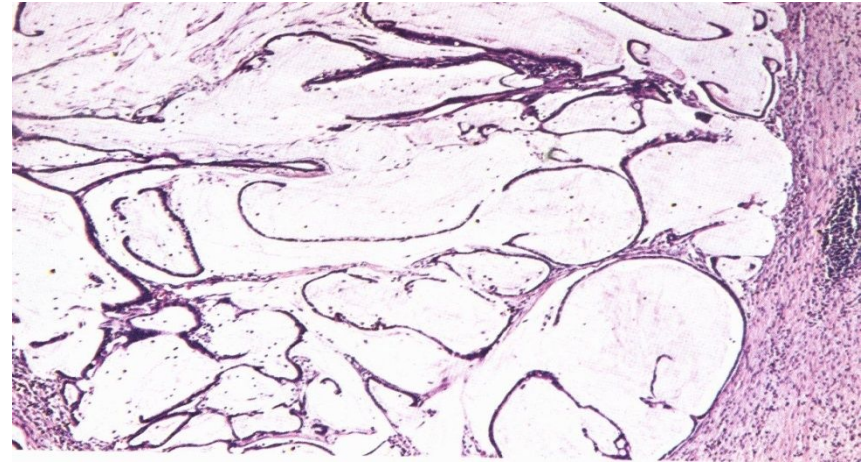
высокодифференцированная



умереннодифференцированная

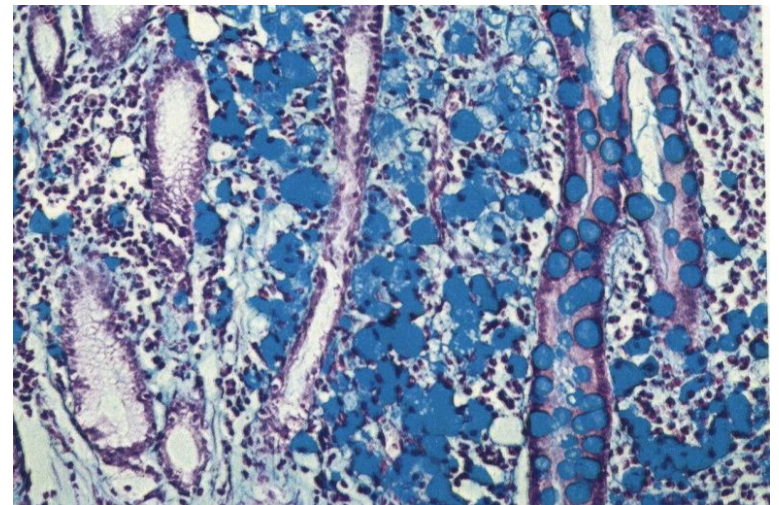
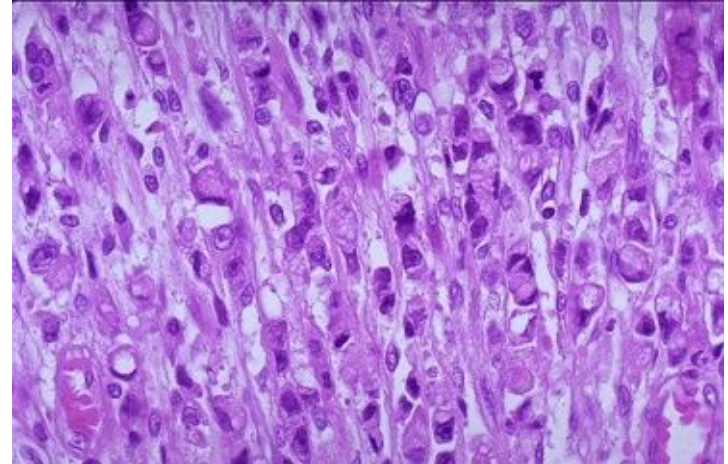
Муцинозная аденокарцинома

- В пределах опухоли сохраняется значительное количество муцина, обычно обнаруживаемого невооруженным глазом
- 1 вариант – расширенные опухолевые железы заполнены слизью, которая может изливаться в строму
- 2 вариант – разобщенные эпителиальные клетки в виде групп или по одиночке плавают в «озерах» слизи



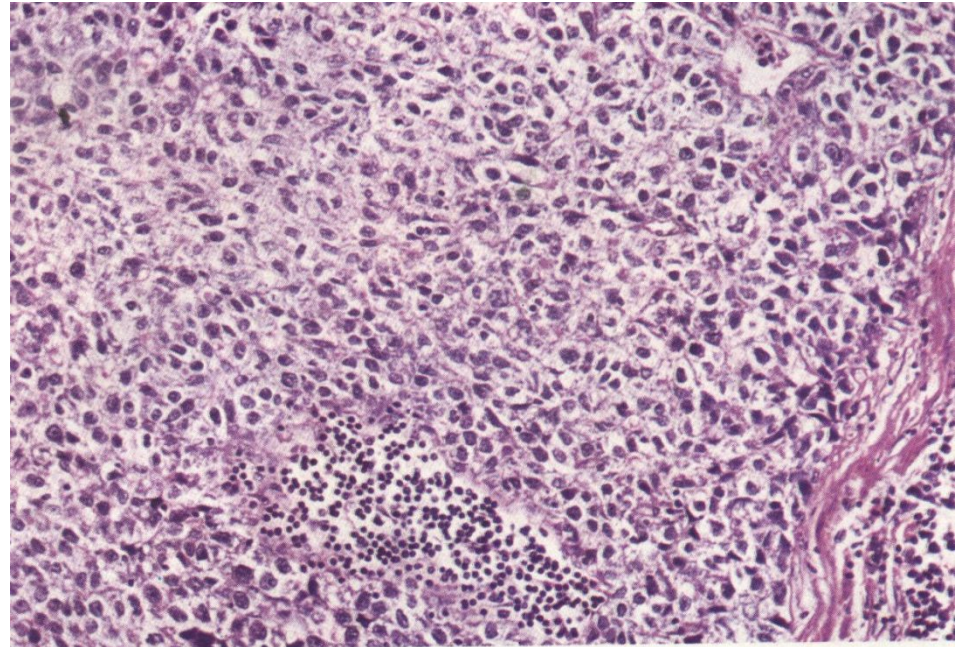
Перстневидноклеточная аденокарцинома

- Представлена изолированными опухолевыми клетками, содержащими слизь
- Существенную помощь в диагностике оказывает окраска на слизь



Недифференцированный рак

- Злокачественная эпителиальная опухоль, не имеющая признаков какой-либо дифференцировки и не образующая железистых структур



Метастазирование

- *Лимфогенный путь метастазирования.* Первые метастазы обычно возникают в регионарных узлах, расположенных на малой и большой кривизне желудка. В последующем возможны отдаленные лимфогенные метастазы в лимфатические узлы, расположенные в области ворот печени, в парааортальные, паховые и многие другие. Помимо ортоградных рак желудка может давать метастазы ретроградным лимфогенным путем в оба яичника (**крукенберговские метастазы**), в параректальную клетчатку (**шницлеровскиские метастазы**) и в левый надключичный лимфатический узел (**Вирховская железа**).
- *Импантационные метастазы.* Для рака желудка характерны метастазы в виде карциноматоза плевры, перикарда, диафрагмы, брюшины, сальника.
- *Гематогенные метастазы.* Рак желудка чаще всего дает метастазы в печень, реже в легкие, головной мозг, кости, почки, еще реже — в надпочечники и в поджелудочную железу.

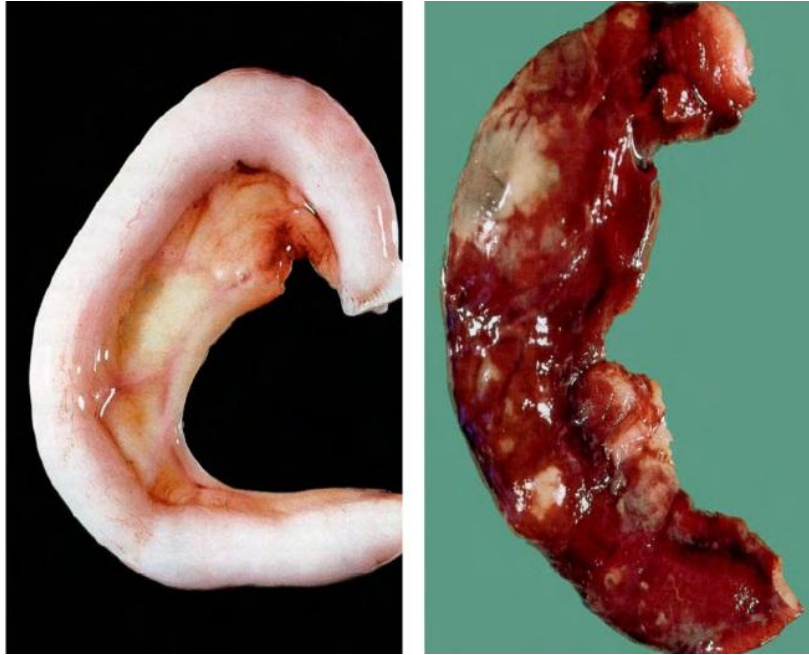
Осложнения при раке желудка

- могут возникать в связи с некрозом и воспалительными процессами в самой опухоли. В этих случаях возможны перфорация стенки, кровотечение, перитуморозный гастрит, флегмона желудка.
- гораздо чаще осложнения возникают в связи с прорастанием опухолью и ее метастазами прилежащих тканей. При прорастании опухолью головки поджелудочной железы или
- печеночно-дуоденальной связки развиваются желтуха, асцит, портальная гипертензия. При прорастании поперечноободочной кишки или корня брыжейки развивается механическая кишечная непроходимость.
- при разрастании опухоли в пилорическом канале возможно развитие стеноза привратника.
- карциноматоз плевры осложняется геморрагическим плевритом или эмпиемой плевры.
- наиболее часто при раке желудка развивается кахексия, обусловленная голоданием больных и выраженной интоксикацией, и железодефицитная анемия.

аппендицит

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

норма



- воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

- У 50% - 80% больных воспаление червеобразного отростка связано с его непроходимостью, в частности закупоркой фекалитом, реже желчным камнем, опухолью или глистами.
- Высокая заболеваемость среди подростков и молодежи.
- Ошибки диагностики (20 – 25%) - «перевешивают» 2% летальность и тяжелые хирургические осложнения.

морфогенез

обтурация просвета



секреция слизи



повышение давления



сдавление вен, дренирующих аппендикс



ишемическое повреждение



размножение местной микробной флоры

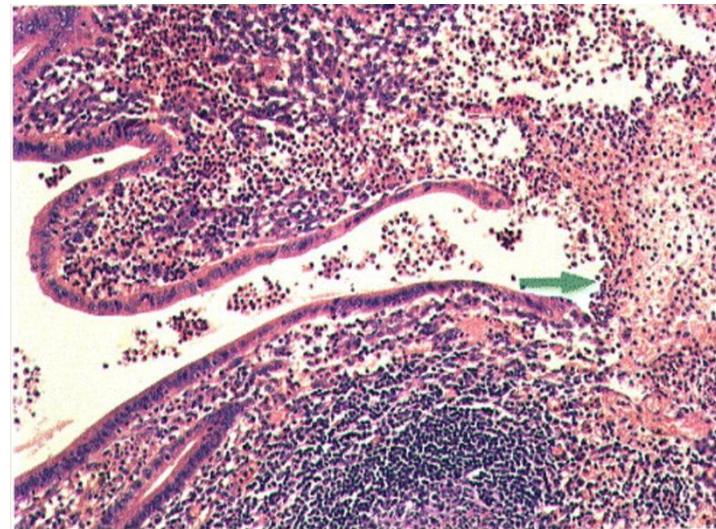
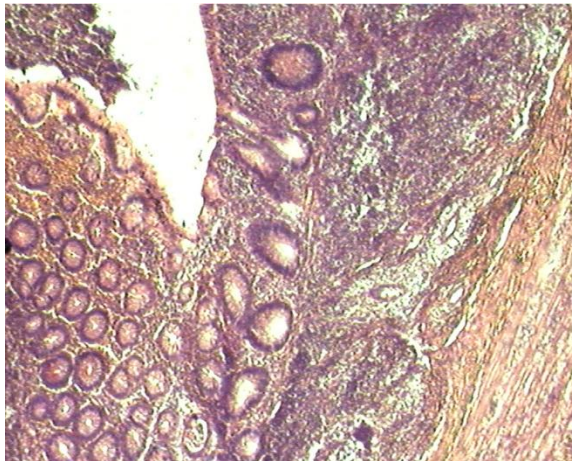
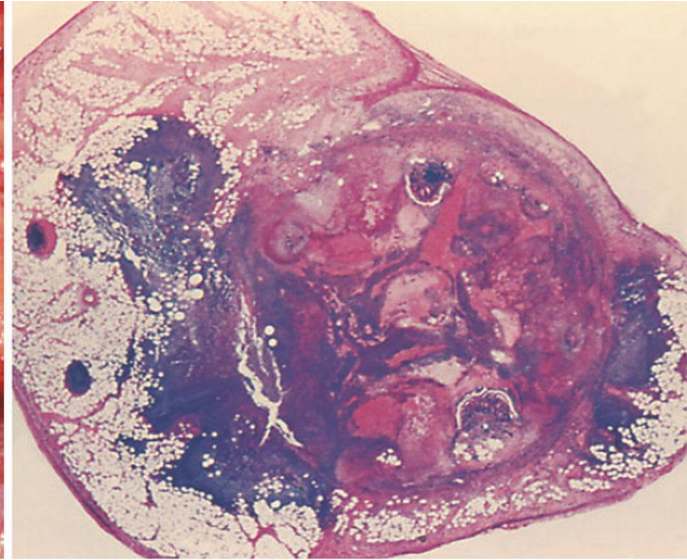
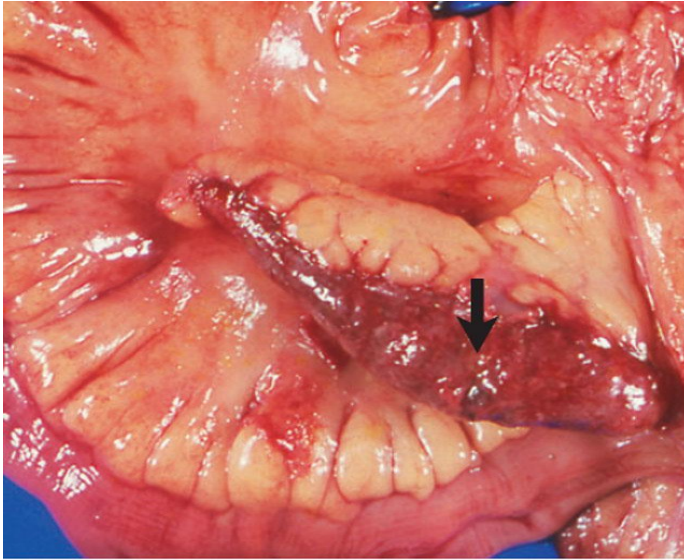


отек, воспаление

Классификация острого аппендицита

- простой аппендицит
 - поверхностный
 - флегмонозный
 - флегмонозно-язвенный
 - апостематозный
 - гангренозный
- деструктивные формы*
-

Флегмонозный аппендицит



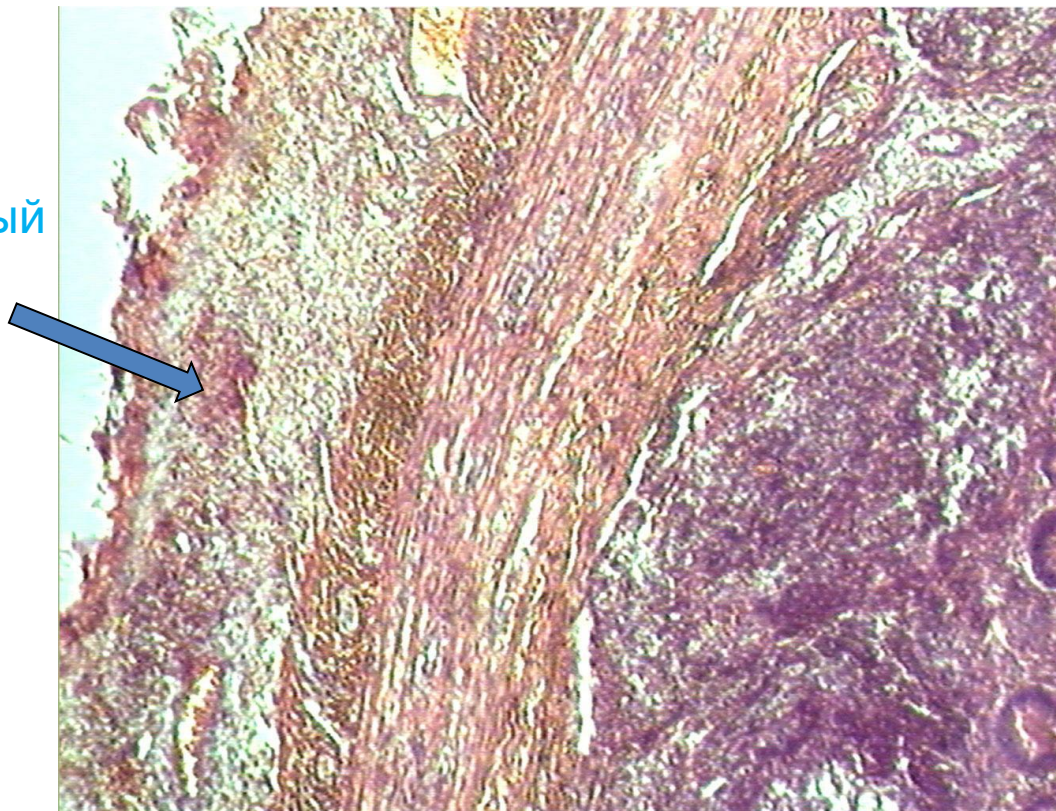
Осложнения острого аппендицита

дооперационные

- **Периаппендицит**
- **Перитифлит**
- **Мезентериолит**
- **Эмпиема отростка**
- **Перфорация стенки**
- **Самоампутация отростка**
- **Перитонит (разлитой, местный)**
- **Пилефлебит**
- **Абсцессы: печени, поддиафрагмальные, межкишечные, тазовые (дугласова пространства)**

Периаппендицит

фибринозно-гнойный
экссудат



Осложнения острого аппендицита

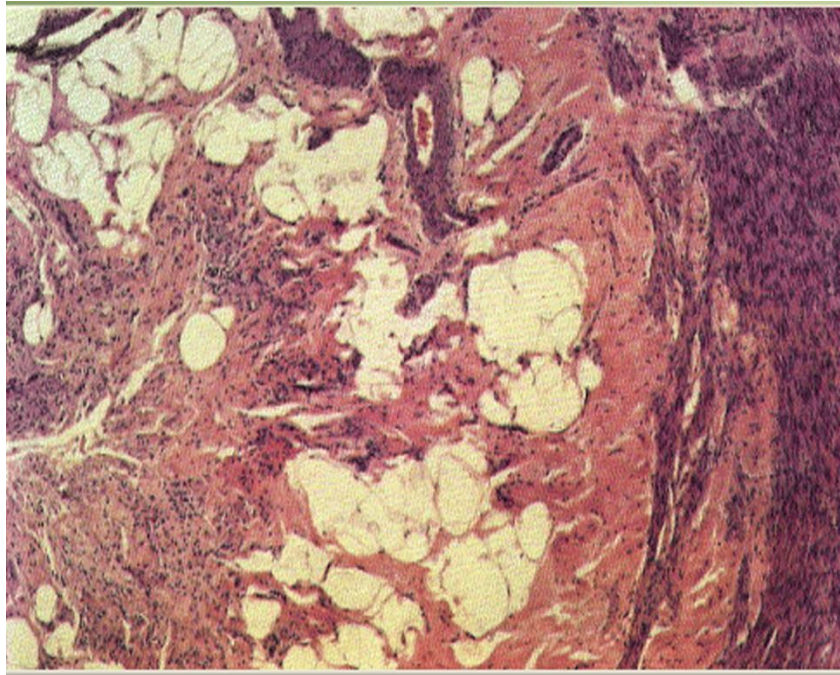
послеоперационные

- Нагноение послеоперационной раны
- Лигатурные свищи
- Кишечная непроходимость (спаечная)
- Межкишечные абсцессы
- Разлитой перитонит
- Кровотечение в брюшную полость (соскакивание лигатуры, после разделения спаек)
- Осложнения со стороны органов дыхания, сердца

Формы хронического аппендицита

- облитерирующий
- водянка отростка
- мукоцеле
- миксоглобулез

облитерирующий аппендицит



1. Облитерация просвета
2. Атрофия слизистой оболочки, мышечного слоя
3. Склероз стенки

мукоцеле



ПЕРИТОНИТ - воспаление брюшины,
сопровождающееся грубыми
изменениями внутренних органов.

Стадии перитонита

- Реактивная (менее 24час.)
- Токсическая (24 – 72 час.)
- Терминальная (более 72 час.)

Перитонит

А. По этиологии:

- первичный (при гематогенном, лимфогенном инфицировании, или проникновении инфекции через фаллопиевы трубы)
- вторичный (при аппендиците, язвенной болезни, раке желудка, холецистите, панкреатите, язвенном энтероколите)

Б. По клиническому течению:

- острый,
- подострый (вялотекущий),
- хронический.

Перитонит

- **Инфекционный:** 1) кишечная палочка
2) гноеродная флора
3) 30% - микст-инфекция
- **Асептический** – под влиянием химико-токсических факторов при попадании в брюшную полость:
 - 1) крови
 - 2) хилезной жидкости
 - 3) мекония
 - 4) желчи
 - 5) панкреатических ферментов
 - 6) инородных тел (талька, крахмала)

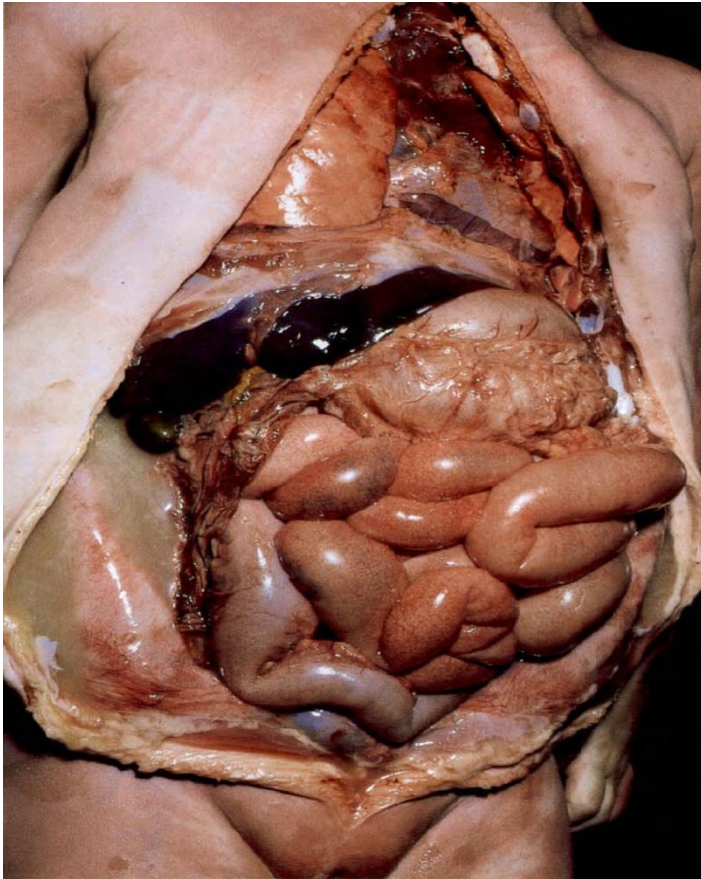
Перитонит

В. По морфологии:

- серозный
- серозно-фибринозный
- фибринозный (слипчивый)
- гнойный
- геморрагический
- смешанный

Г. по распространенности:

- Диффузный (разлитой)
- Локальный (местный)



**серозный перитонит
перитонит**



геморрагический

Абсцессы брюшной полости

- поддиафрагмальный
- подпеченочный
- межкишечный
- дугласова пространства

Уважаемые студенты !

После изучения материала лекции
пройдите тестовый контроль на
закрепление знаний по ссылке

<https://forms.gle/rAtEsDR8JtKTsGmPA>