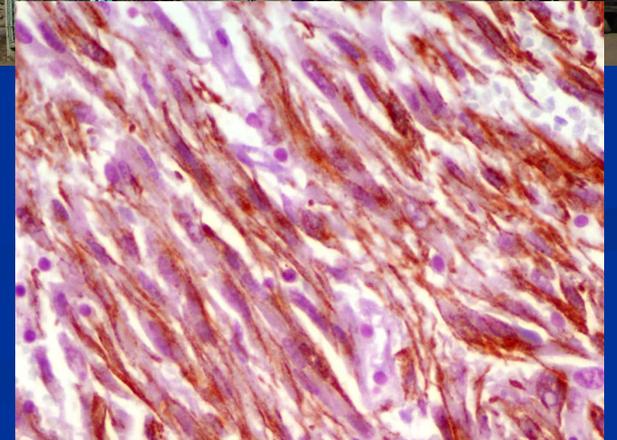
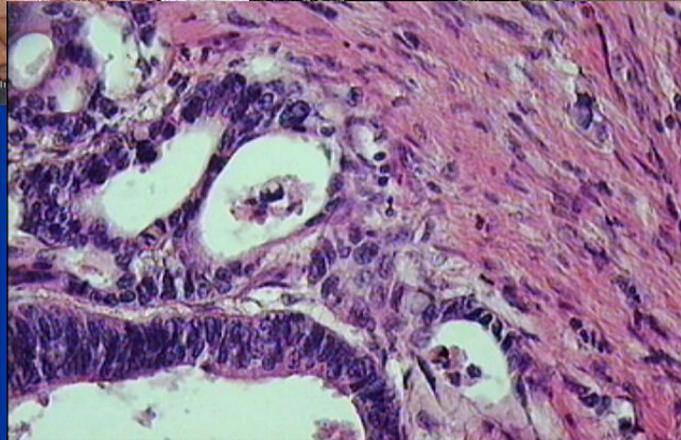
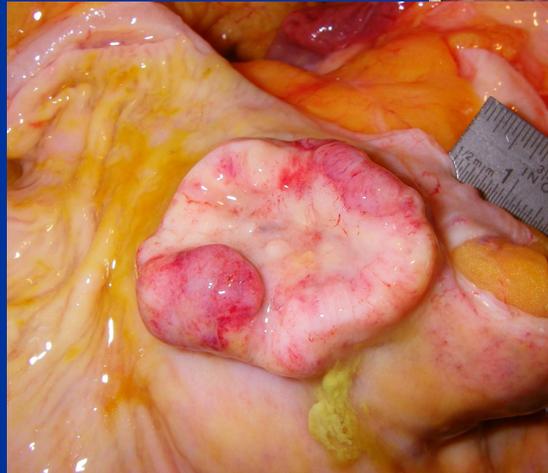
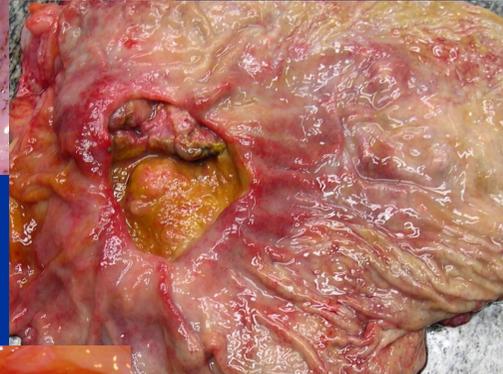


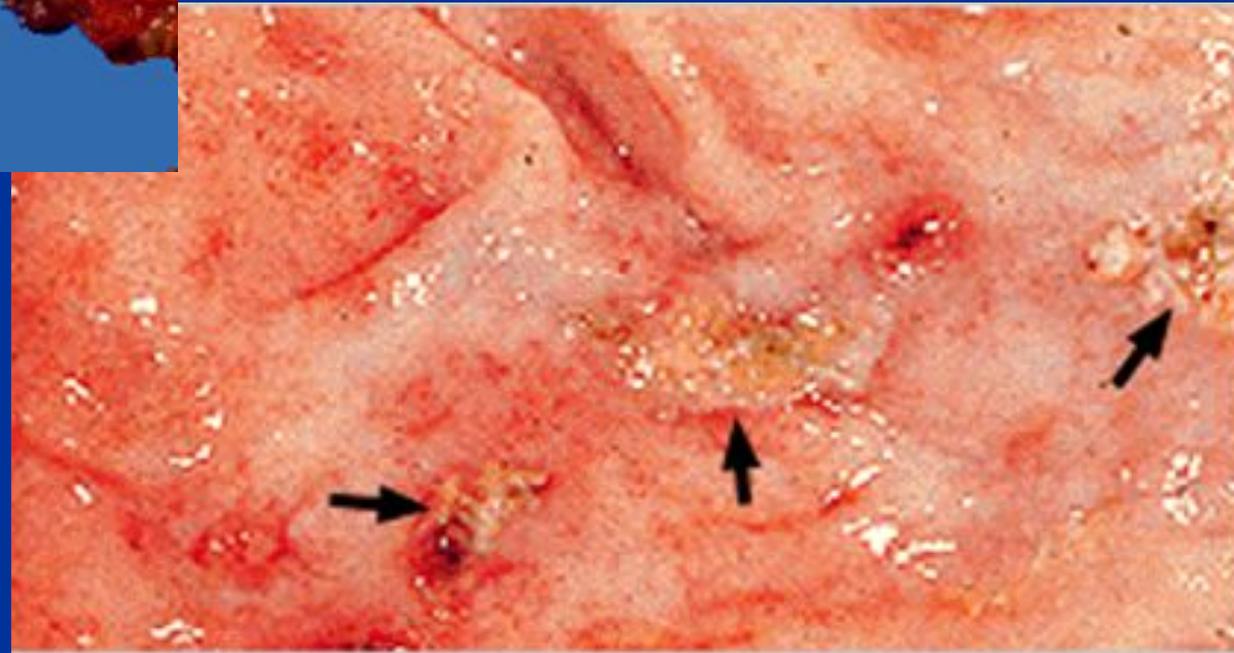
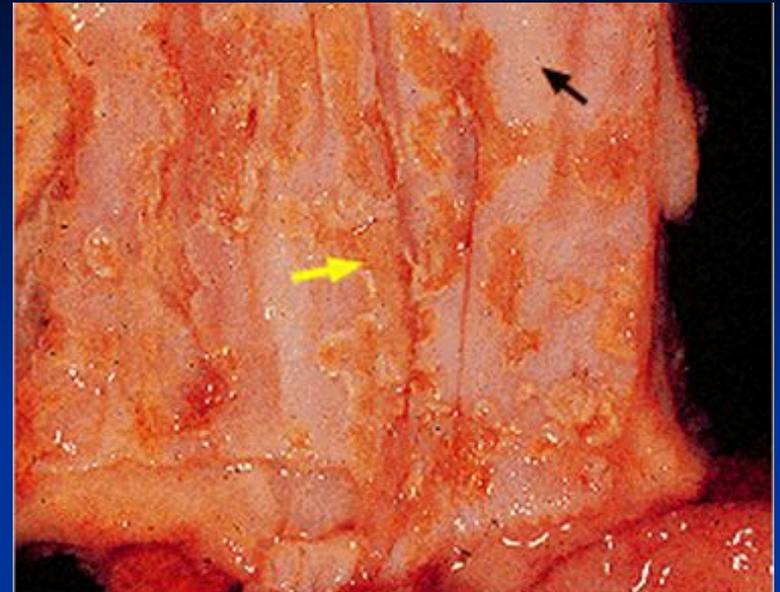
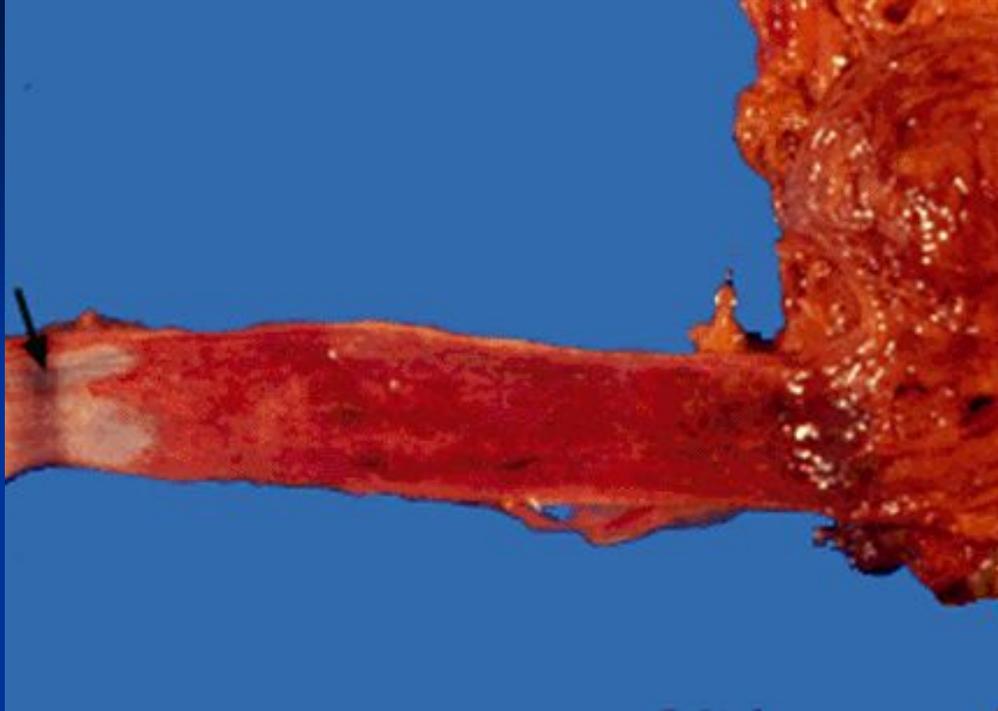


БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА





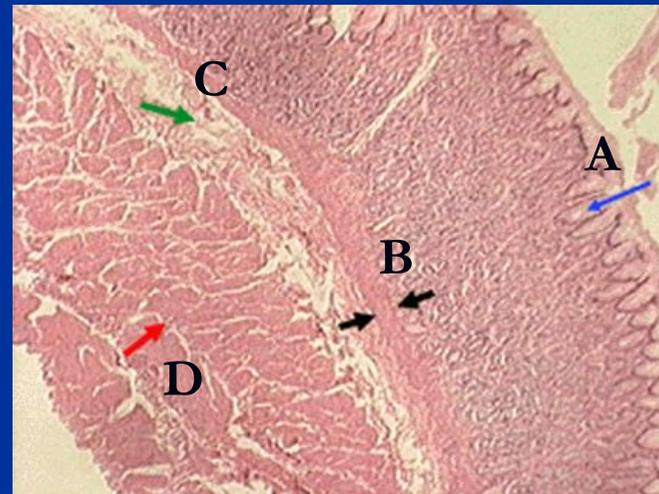
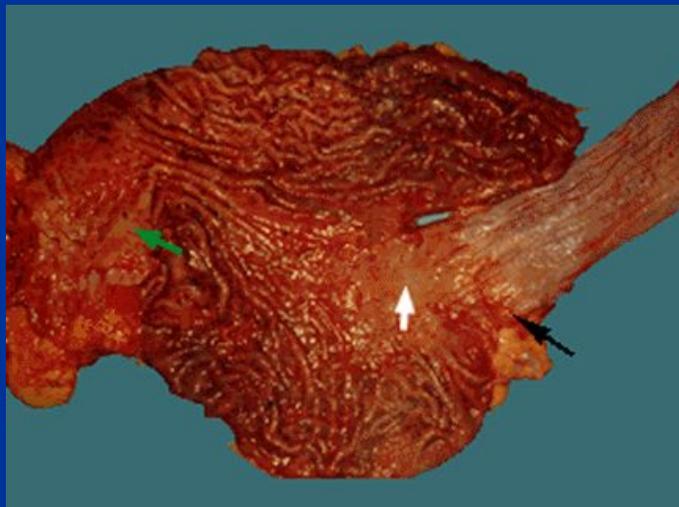
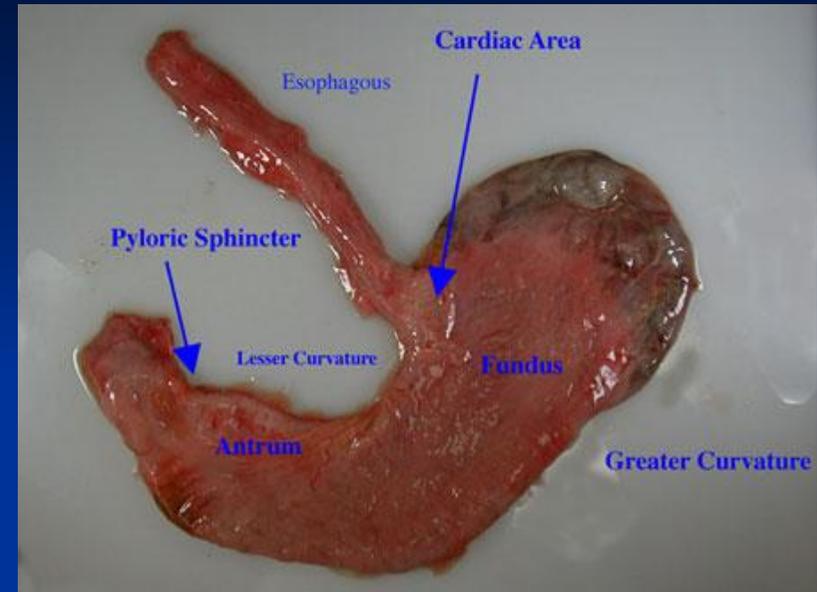
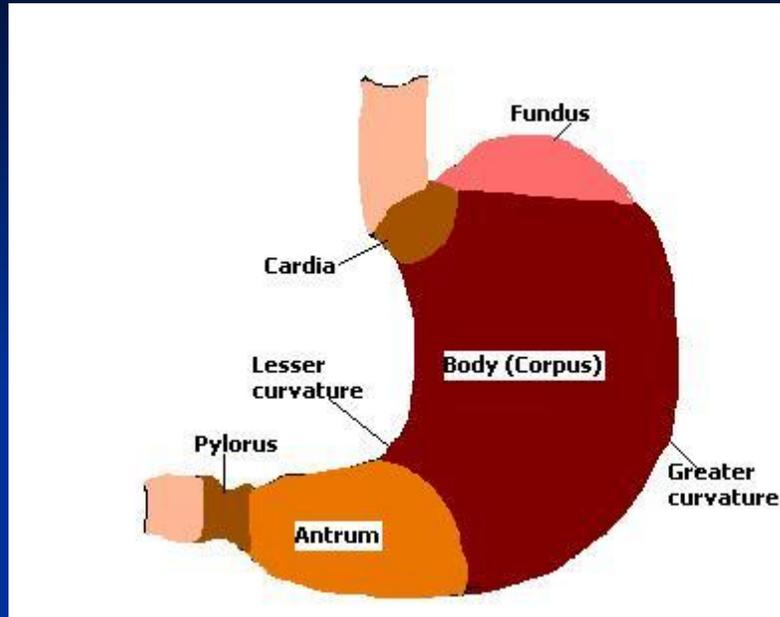
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА



**Эрозивный
эзофагит**



НОРМАЛЬНЫЙ ЖЕЛУДОК



А – покровно-ямочный эпителий
В – собственно-мышечная пластинка слизистой
С – подслизистая основа
Д – мышечная оболочка желудка

ГАСТРИТ – ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ГАСТРИТА:

■ ПО ТОПОГРАФИИ

- ДИФFUЗНЫЙ
- ОЧАГОВЫЙ

(АНТРАЛЬНЫЙ, ФУНДАЛЬНЫЙ, ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ)

■ ПО ТЕЧЕНИЮ: ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ

■ ПО МОРФОЛОГИИ:

- КАТАРАЛЬНЫЙ (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, лейкоцитарная инфильтрация)
- ФИБРИНОЗНЫЙ (крупозное, дифтеретическое воспаление, лейкоцитарная инфильтрация)
- ГНОЙНЫЙ (ФЛЕГМОНОЗНЫЙ)- выр. лейкоцитраная инфильтрация с распространением на все слои.
- НЕКРОТИЧЕСКИЙ (коагуляционный, колликвационный с возможной перфорацией).





ГАСТРИТ

ЭТИЛОГИЯ



п.і.зрр



СН

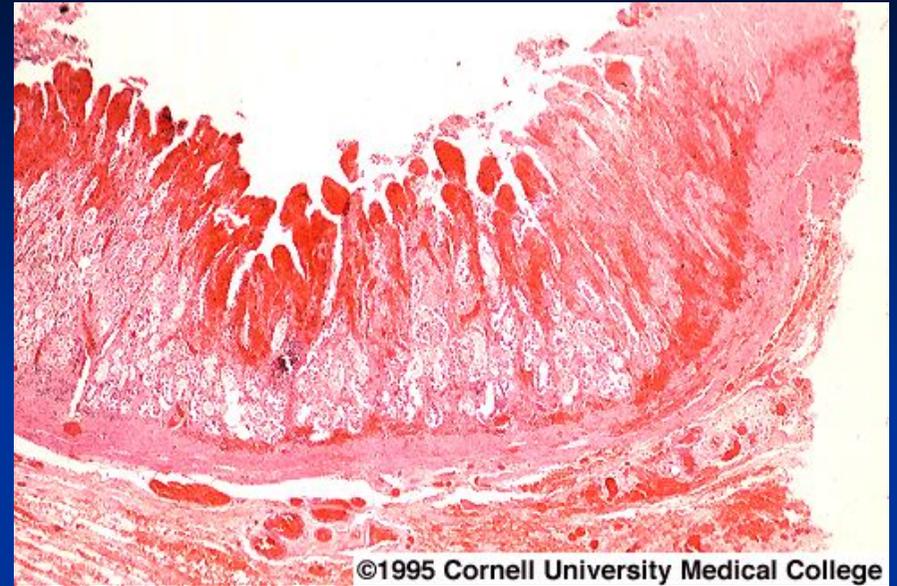
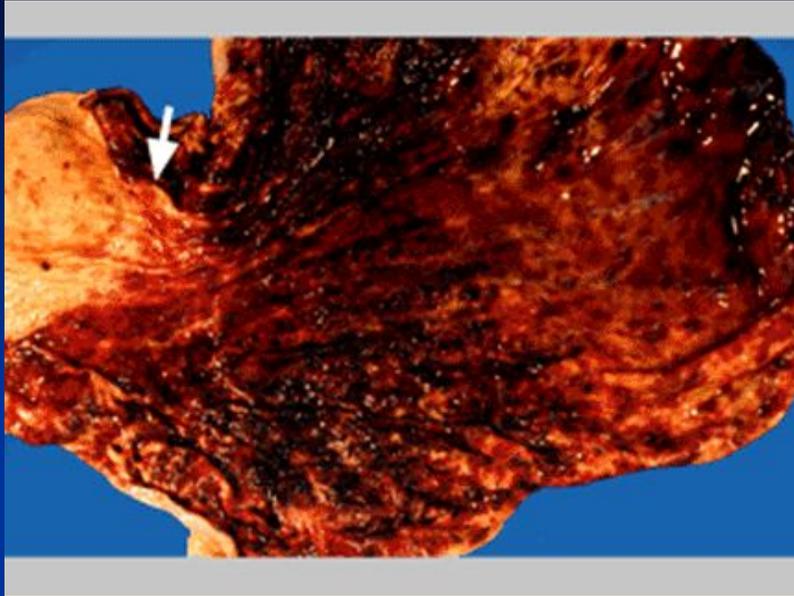


уремия

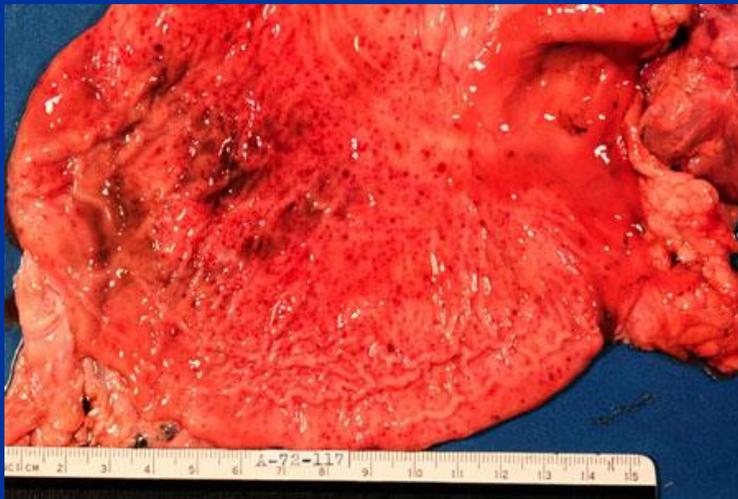




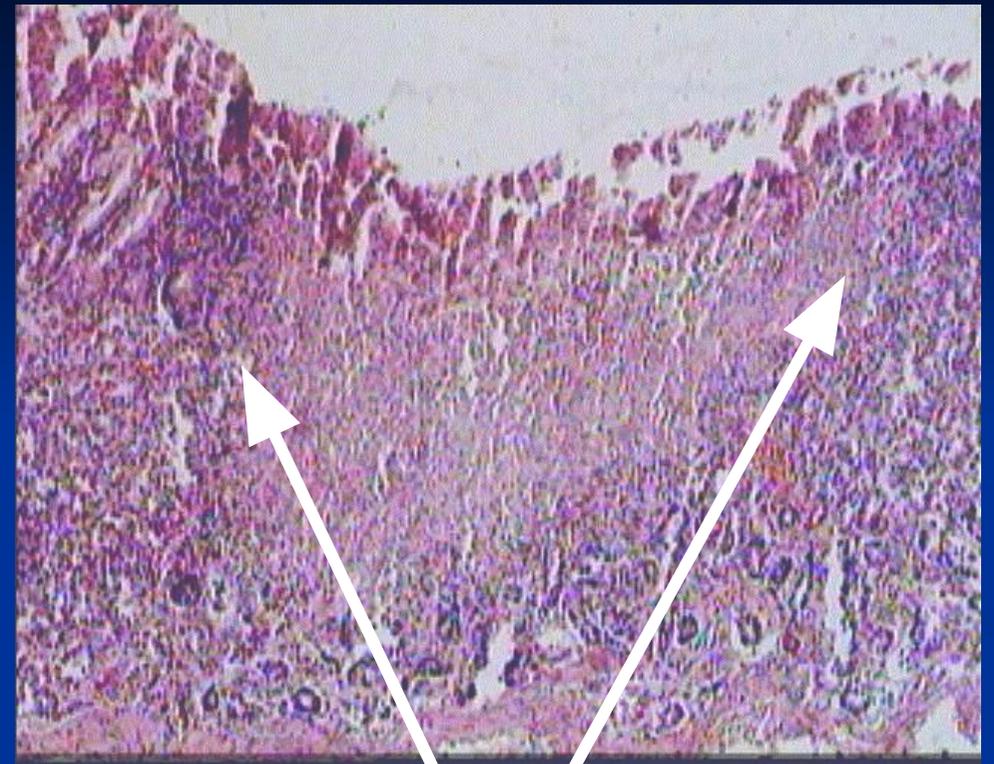
ОСТРЫЙ ГАСТРИТ



Геморрагический гастрит



ЭРОЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА



**ЗОНА
НЕКРОЗА**





ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

HELICOBACTER PYLORI



Н.р. – короткая извитая грамотрицательная бактерия. В настоящее время ею заражено свыше половины населения нашей планеты, хотя у абсолютного большинства бациллоносителей она не вызывает никаких болезненных симптомов. Бактерия обитает в пищеварительной системе человека не менее 11000 лет.

Робин Уоррен



HELICOBACTER PYLORI

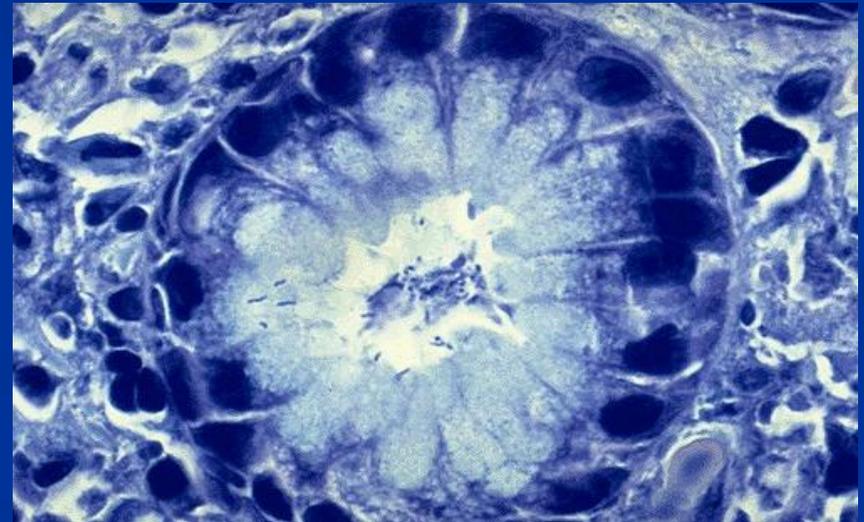
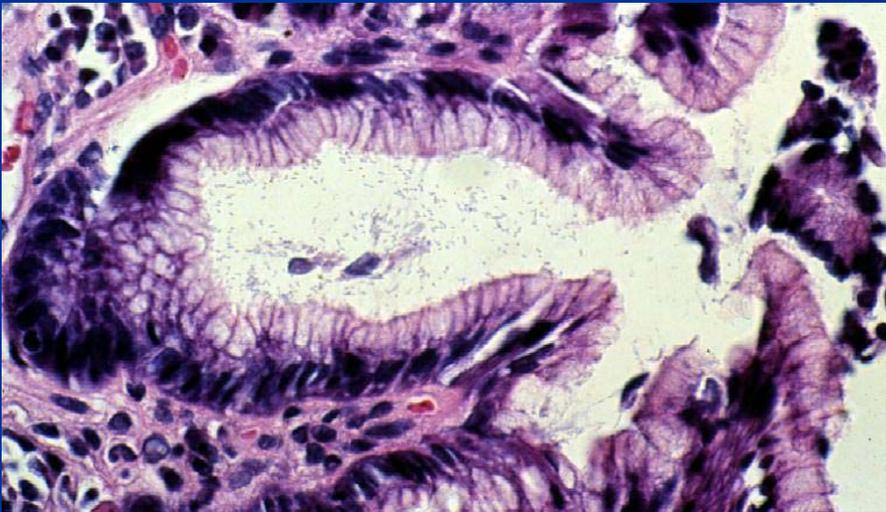
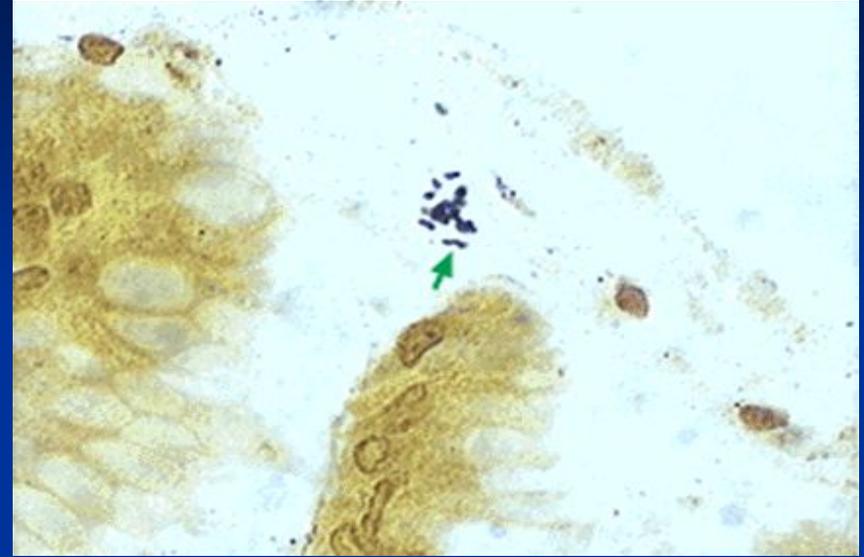
Хеликобактер устойчив во внешней среде и в кислоте желудочного сока. Защищается от переваривания, укрывшись под слизью, прочно прикрепившись к клеткам оболочки желудка (или 12-перстной кишки), не проявляя себя пока стресс, неправильное питание или другой вредный фактор не снизит иммунитет и не помогут ему повредить слизистую оболочку.

Источник инфекции: больной человек, домашние животные.

Пути передачи: фекально-оральный, орально-оральный, контактно-бытовой.



HELICOBACTER PYLORI





Классификация хронического гастрита по Sidney (1990 г.)

По этиологии:

- аутоиммунный хронический гастрит
- бактериальный НР – ассоциированный хронический гастрит
- смешанная форма с признаками как аутоиммунного, так и НР-ассоциированного гастрита
- химический гастрит (рефлюкс-гастрит)
- редкие формы хронического гастрита – эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный, радиационный др.

Топографически:

- гастрит антрального отдела
- гастрит тела желудка
- пангастрит



Классификация хронического гастрита по Sidney (1990 г.)

Гистологические параметры гастрита:

морфология включает в себя 5 параметров:

- I. Инфильтрация lamina propria лимфоцитами и плазмócитами, образование лимфатические фолликулов
 - легкая
 - умеренная
 - выраженная
- II. Активность воспалительного процесса: коррелирует с плотностью нейтрофильных гранулоцитов
 - обострение
 - ремиссия
 - неполная ремиссия
- III. Атрофия тела желудка: редукция специфических желез желудка, к ним относятся главные и обкладочные клетки.



Классификация хронического гастрита по Sidney (1990 г.)

Гистологические параметры гастрита:

IV. Кишечная или интестинальная метаплазия подразделяют 3 типа:

- Тип I: полная интестинальная метаплазия, преобразование по типу слизистой тонкого кишечника
- Тип II: неполная интестинальная метаплазия подтверждением наличия бокаловидных клеток
- Тип III: неполная метаплазия колического или энтероколического типа

V. Заселение *Helicobacter pylori* (HP).

ТИПЫ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ

Кишечная метаплазия

Тонкокишечная

Толстокишечная

Микст-метаплазия

Структурное и функционально-морфологическое сходство с тонкой кишкой

Структурное и функционально-морфологическое сходство с толстой кишкой

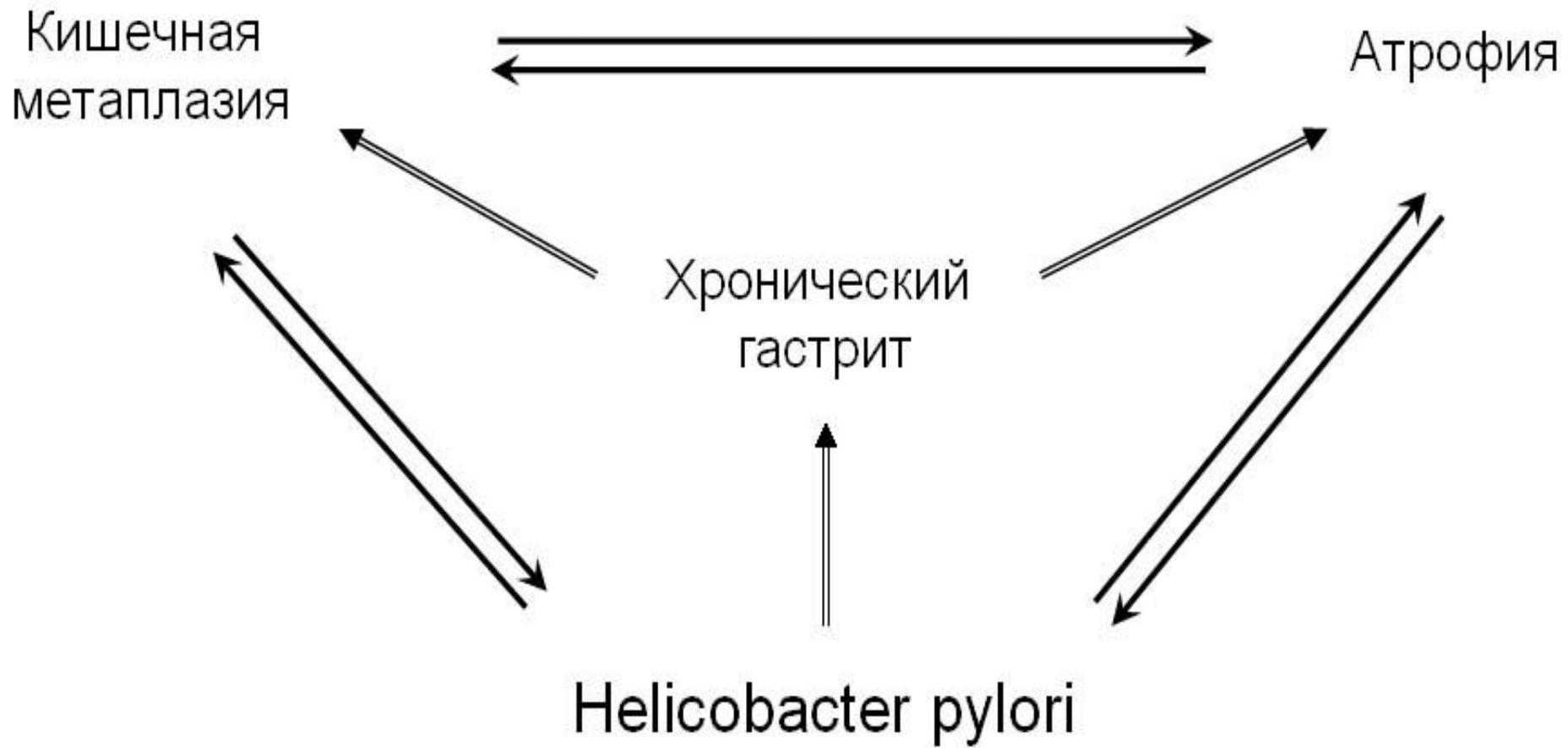
Полная

Неполная

Начальный этап адаптивной перестройки

Нарушение процессов дифференцировки в данной клеточной линии

Взаимосвязь кишечной метаплазии, атрофии и Helicobacter pylori

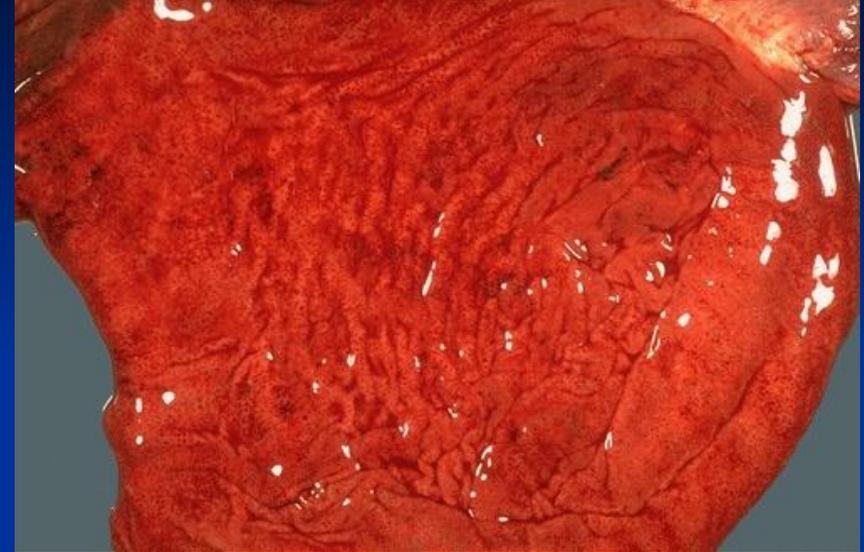




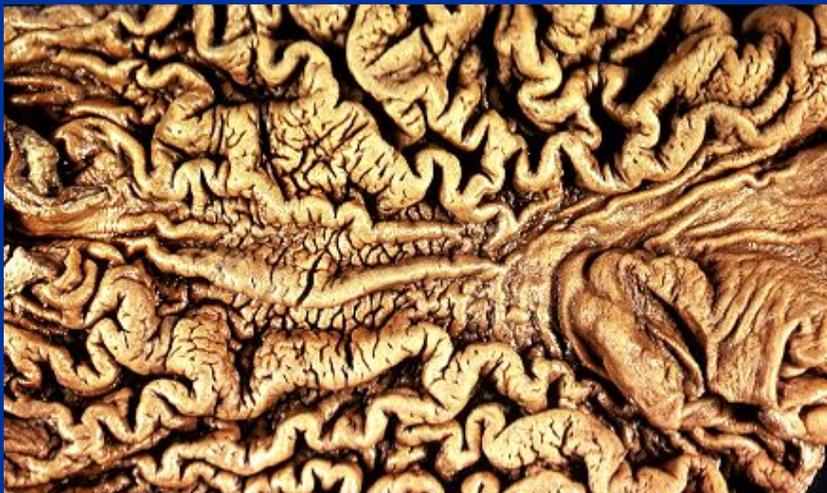
ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ



Хронический атрофический гастрит

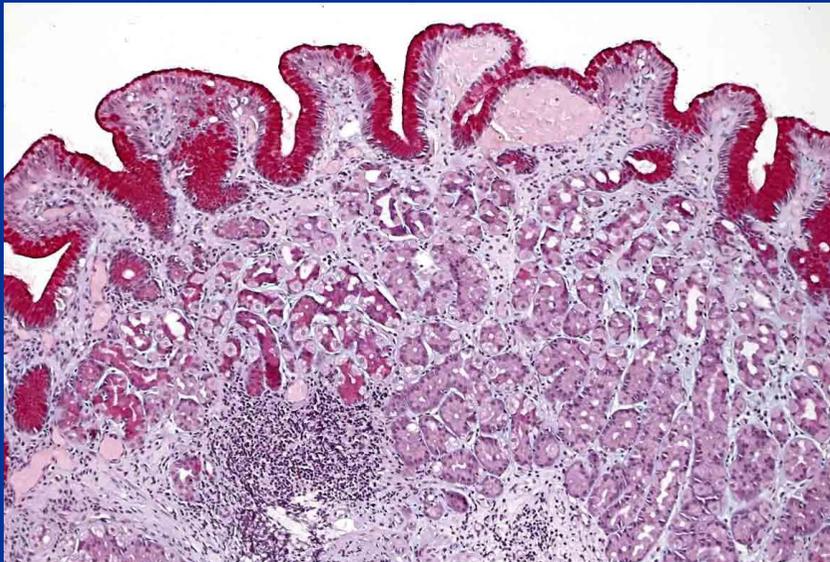
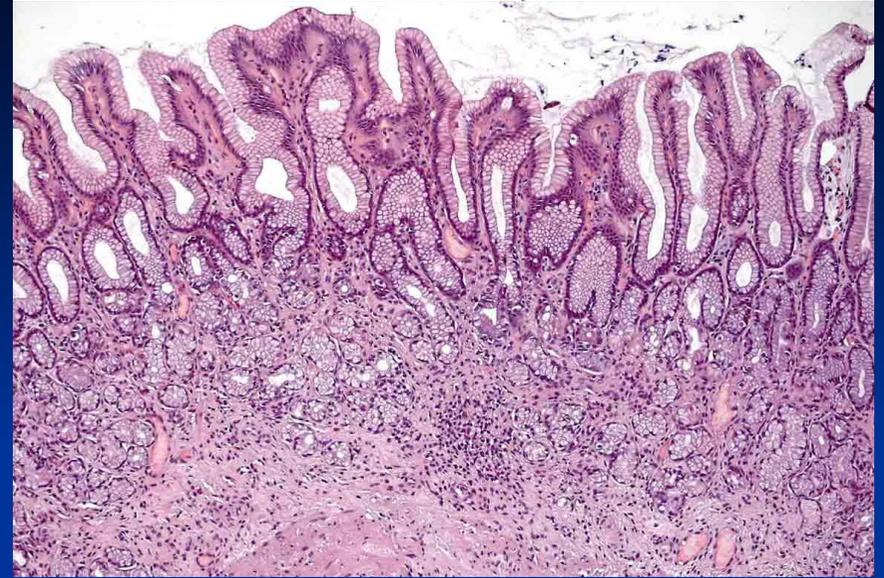
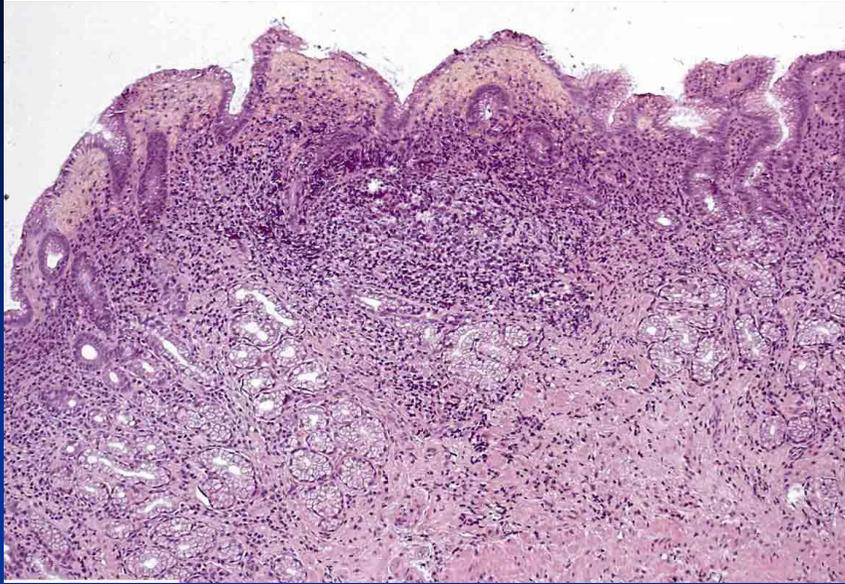


Хронический
гипертрофический гастрит

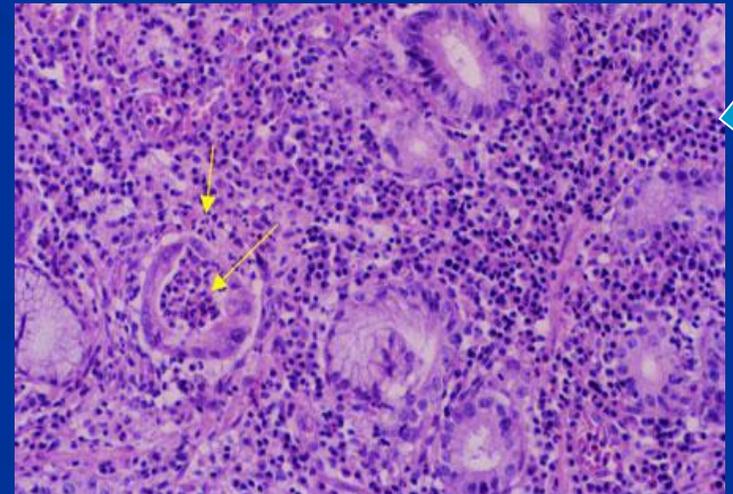




ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

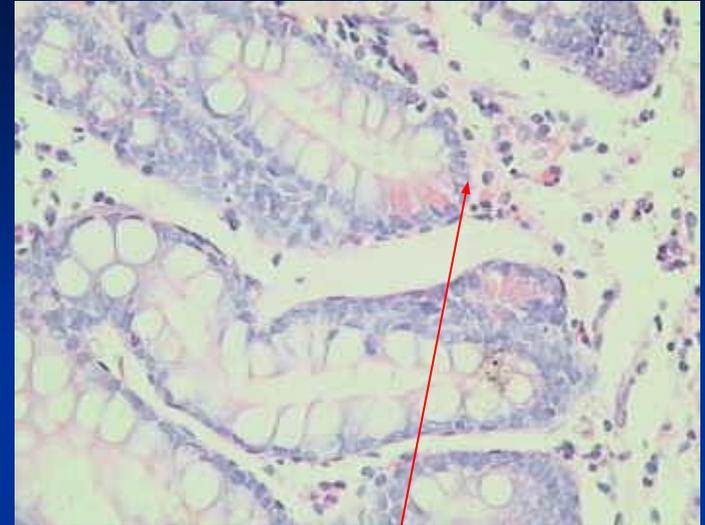
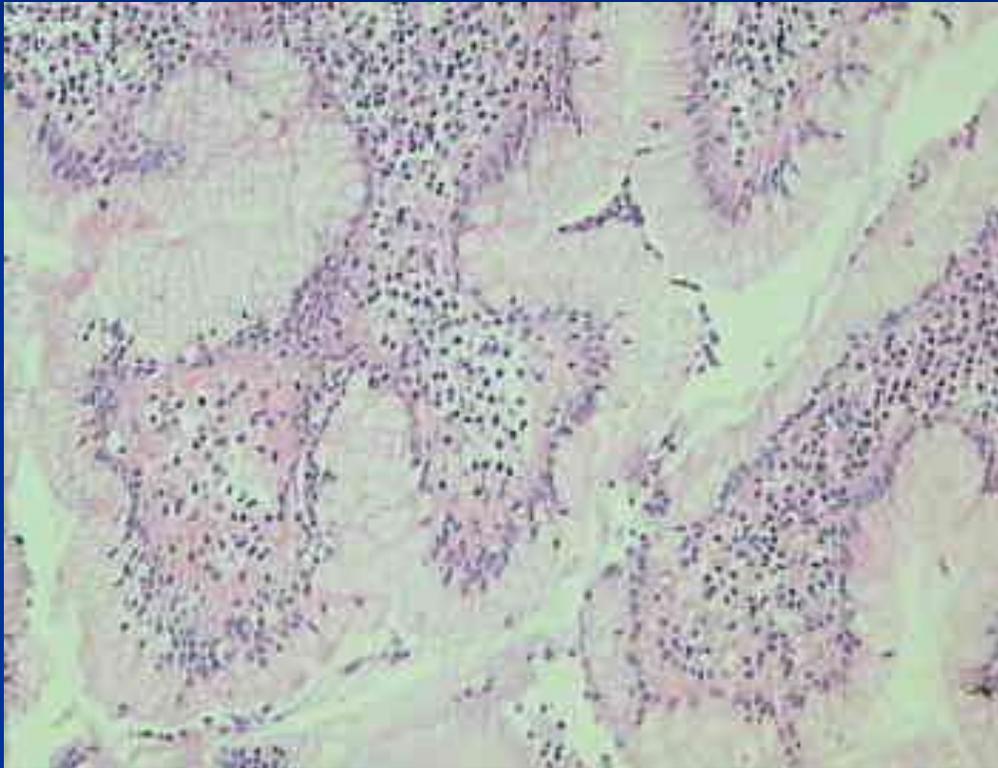


Хронический
активный гастрит

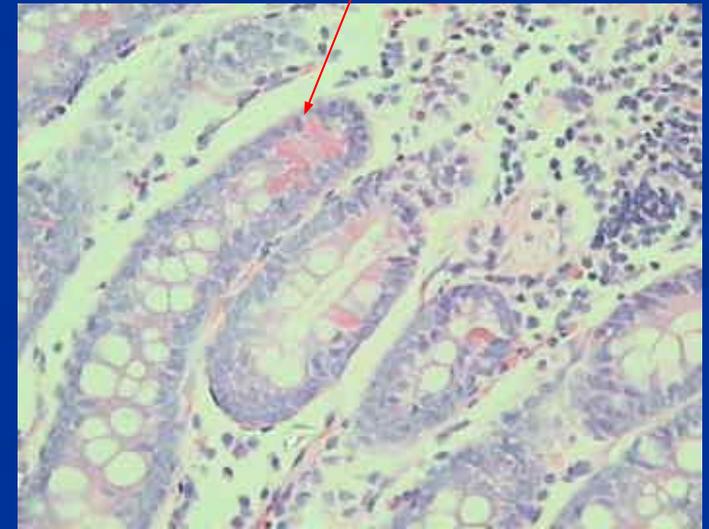




ТОНКОКИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

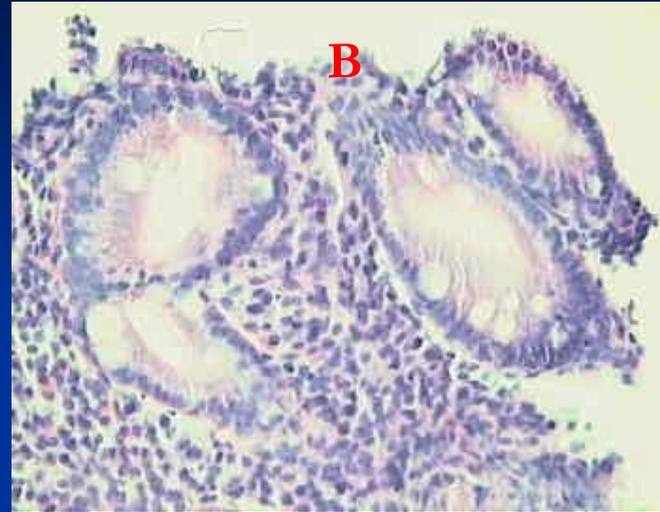
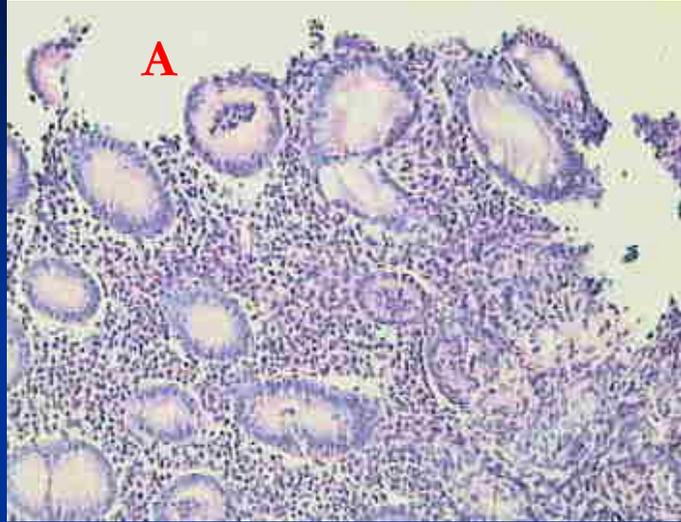


КЛЕТКИ ПАНЕТА



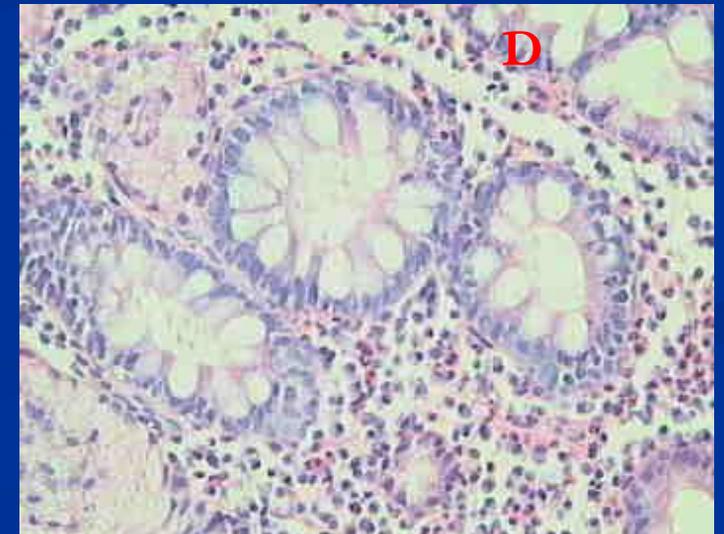
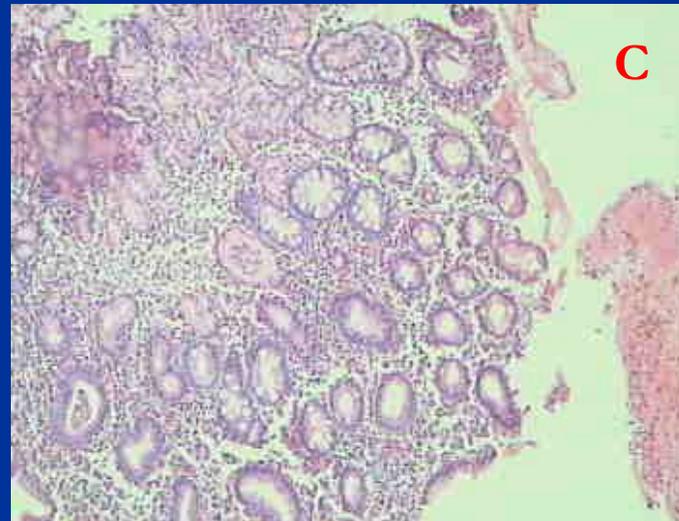


ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА



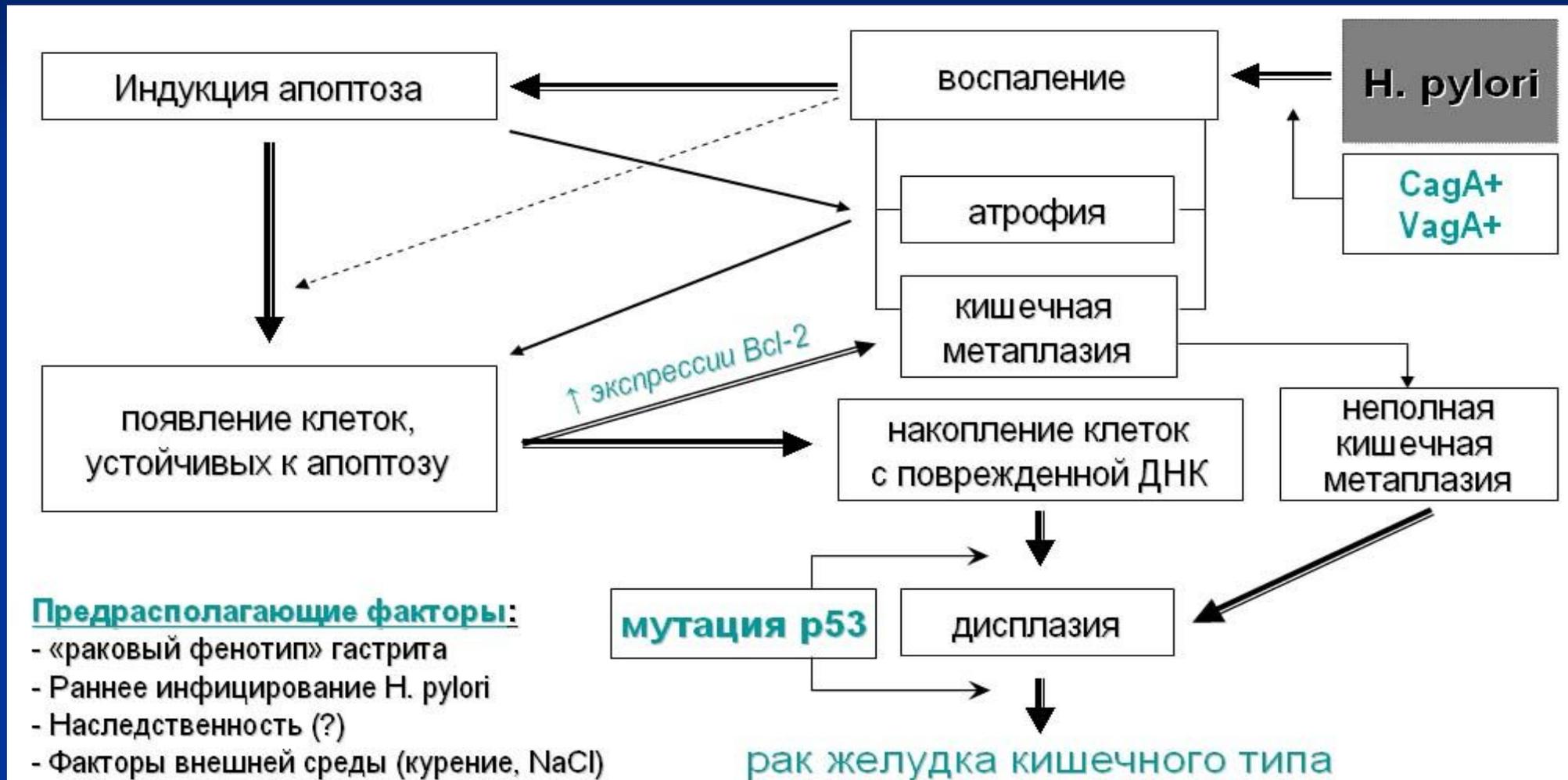
А, В – очаговая
толстокишечная
метаплазия

С, D –
диффузная
толстокишечная
метаплазия

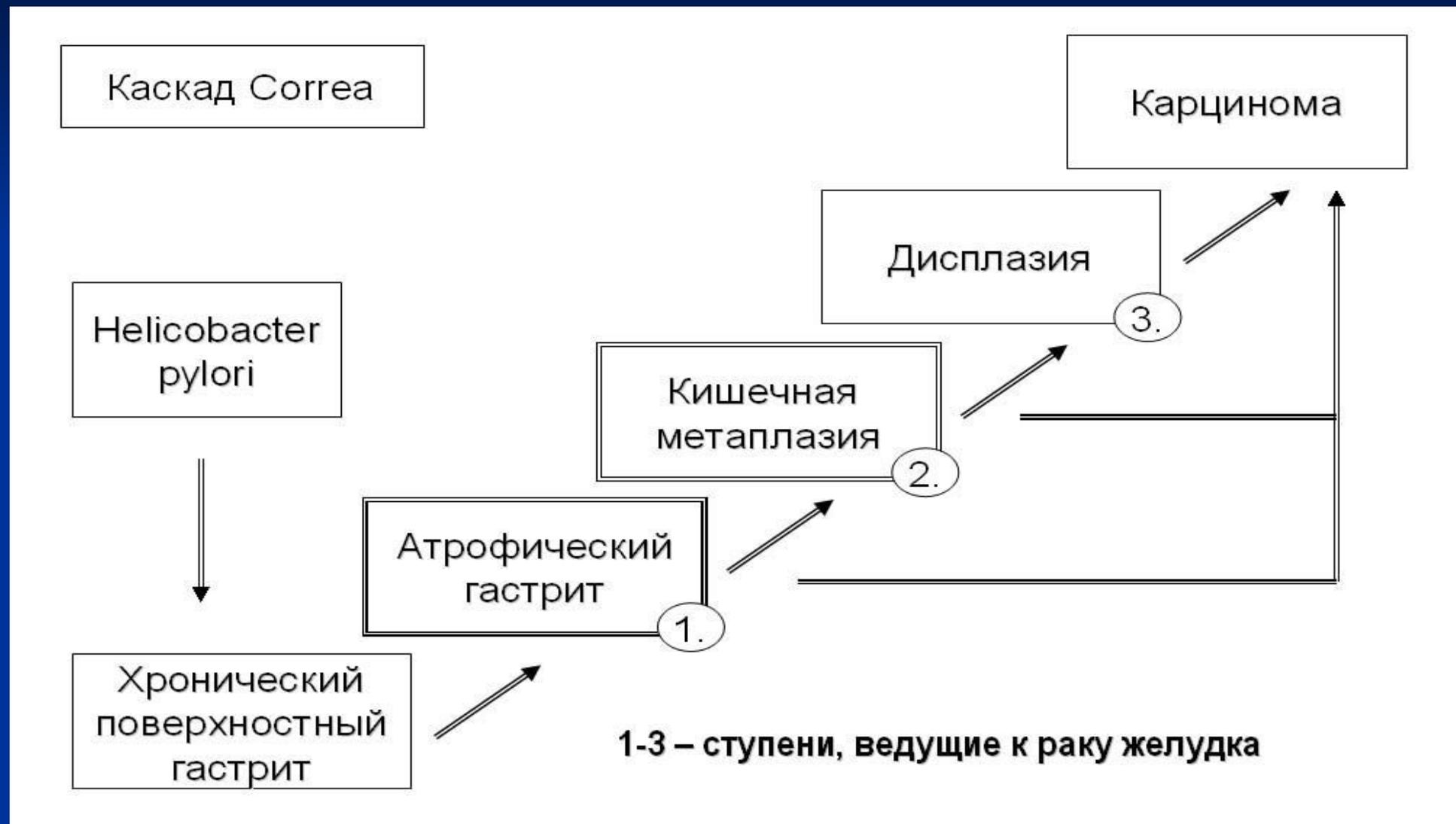


Патогенез дистального рака желудка.

Иницилирующая роль *H. Pylori*, взаимосвязь с генетическими изменениями и нарушениями клеточного обновления



КАСКАД ЖЕЛУДОЧНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА (по P.Correa, 1988, 1990)





ИЗМЕНЕНИЯ В ОФО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ

ХГД ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВВИДЕ РАЗНЫХ ФОРМ СТОМАТИТА, КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, ЛЕЙКОПЛАКИИ, ХЕЙЛИТА. НА ЯЗЫКЕ И ГУБАХ ТРЕЩИНЫ И НАЛЕТ. СОСОЧКИ ЯЗЫКА СГЛАЖЕНЫ. ОБРАЗУЮТСЯ ЭРОЗИИ И ЯВЫ.

Клинически: извращение вкуса, металлический привкус по утрам.

Красный плоский лишай:

Десквамативный гингивит

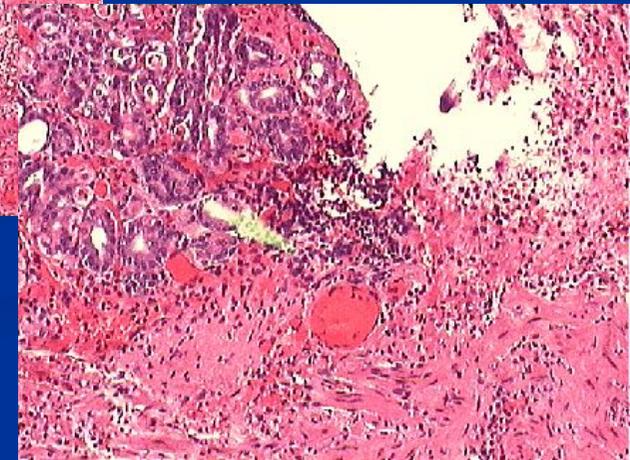
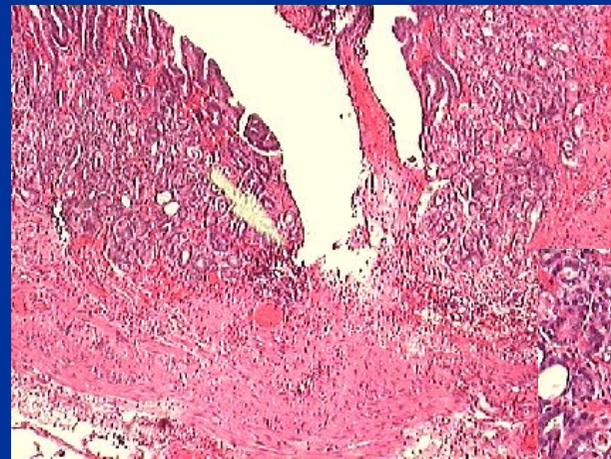
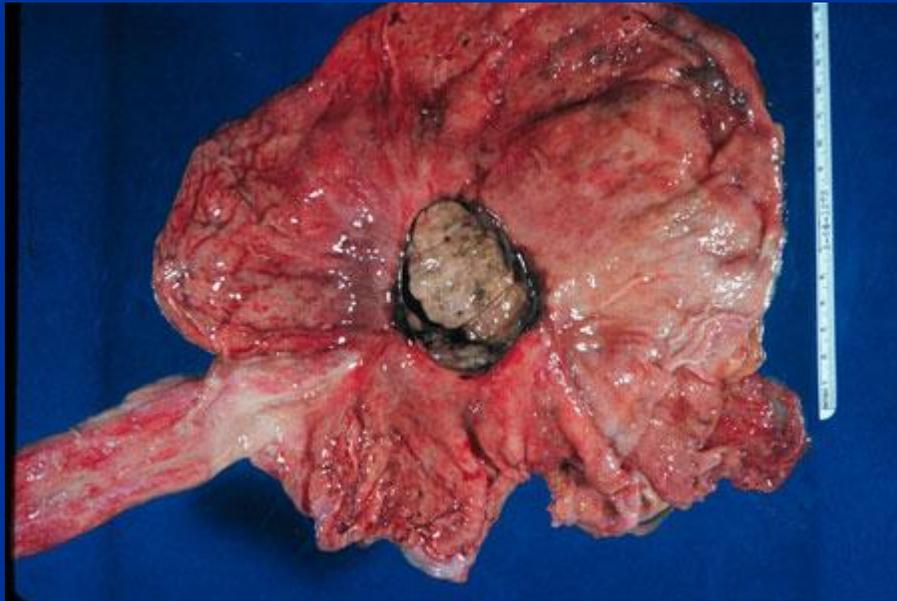




ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – ХРОНИЧЕСКОЕ, ЦИКЛИЧЕСКИ ТЕКУЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ – ХРОНИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ





ОСТРЫЕ ЯЗВЫ

Этиология:

1. Общие факторы

- нарушения нервной регуляции (стресс, изменение координирующей функции коры головного мозга)
- изменения гормональной регуляции

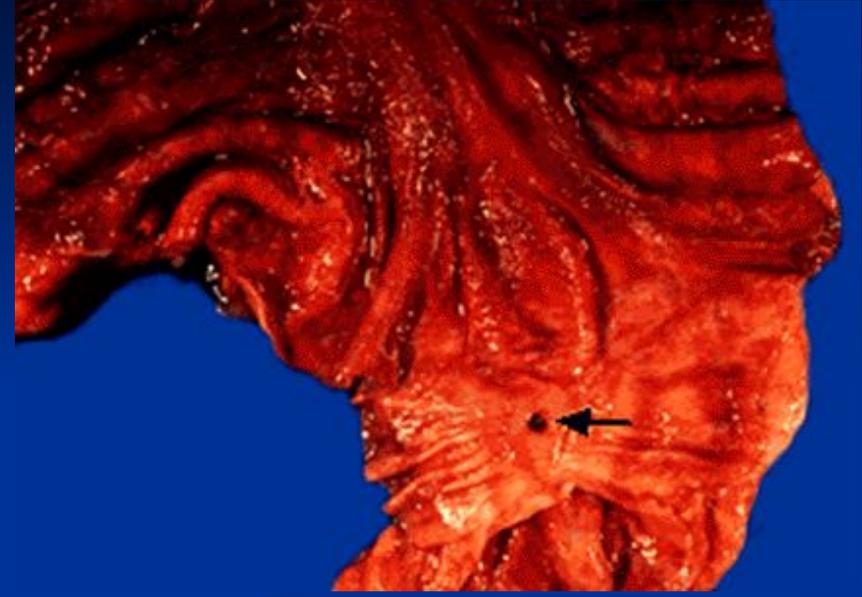
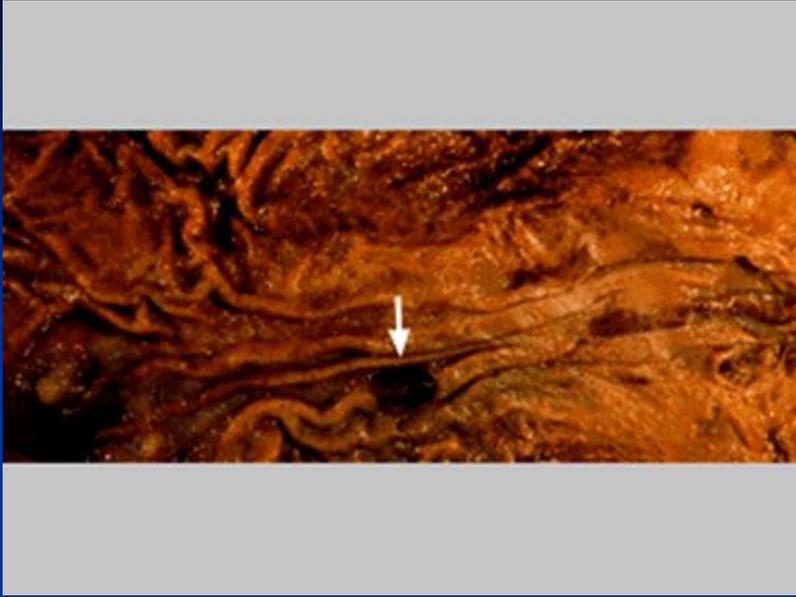
2. Местные факторы

- повышение кислотности, изменение слизистого барьера, снижение моторики

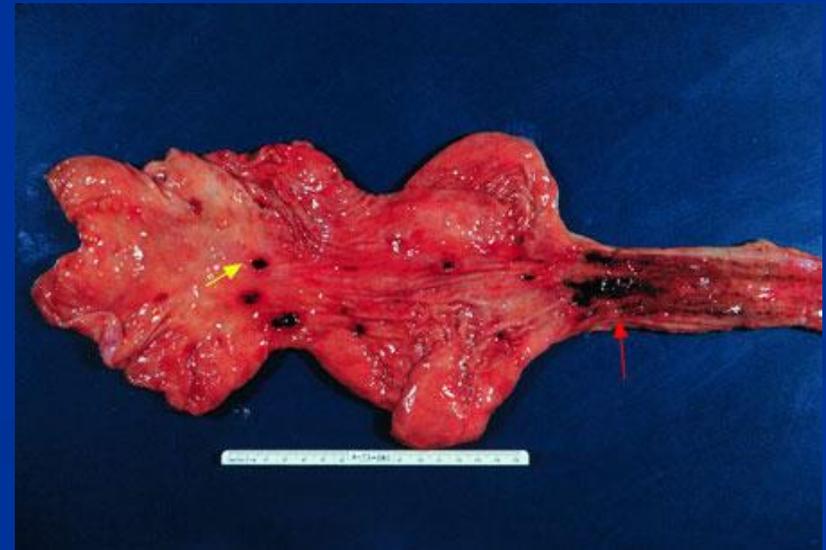




ОСТРЫЕ ЯЗВЫ



©1995 Cornell University Medical College



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ПАТОГЕНЕЗ.



МЕХАНИЗМЫ	ПИЛОРО- ДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА	ЯЗВА ТЕЛА ЖЕЛУДКА
НЕРВНЫЕ РЕГУЛИРУЮЩИЕ	Возбуждение подкорковых центров и гипоталамо-гипофизарной области. Повышение тонуса блуждающего нерва.	Корковое подавление гипоталамо-гипофизарной области. Снижение тонуса блуждающего нерва.
Гормональные регулирующие. Гипоталамо-гипофизарно-адреналовая система. Эндокринные клетки желудка.	Повышение и последующее истощение синтеза АКТГ и глюкокортикоидов, гиперплазия G-клеток, повышение секреции гастрина и гистамина.	Снижение синтеза АКТГ и глюкокортикоидов. Нормальное или уменьшенное количество G-клеток. Секреция гастрина и гистамина в норме или понижена.
Местные факторы: Железистый аппарат желудка Активность кислотно-пептического фактора Моторика	Гиперплазия Повышена Нормальна или усилена	В норме или атрофичен В норме или понижена В норме или ослаблена
Фоновые заболевания	Дуоденит	Хронический гастрит



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

рис. 5



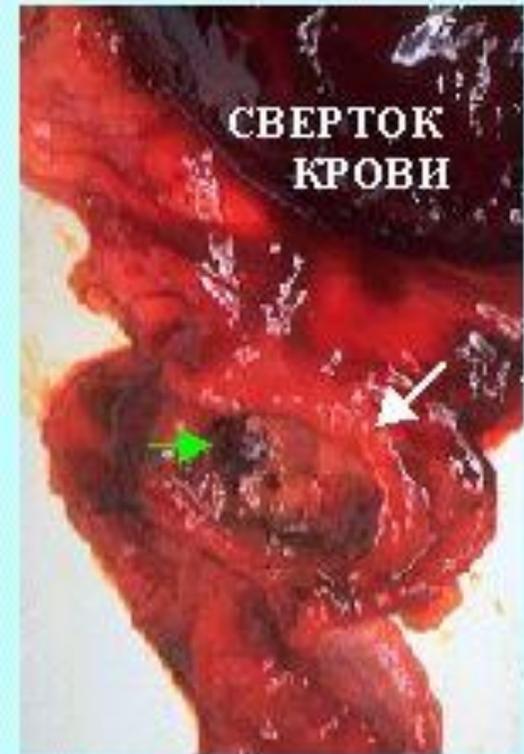
острые эрозии -
плоские дефекты
с черным пигментом-
гематином



острая язва -
более глубокий
дефект слизистой



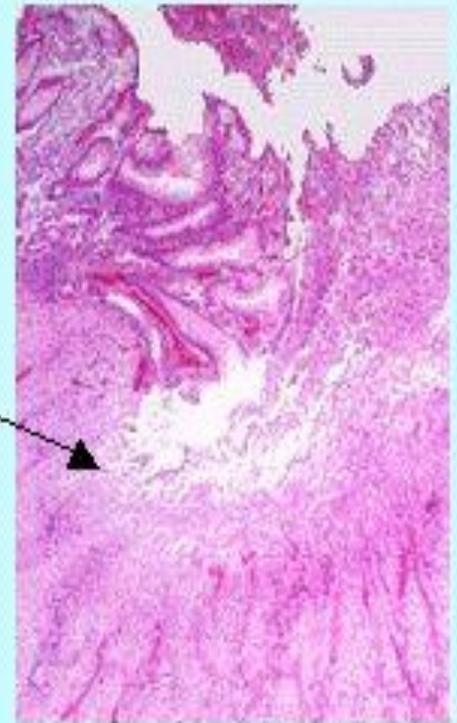
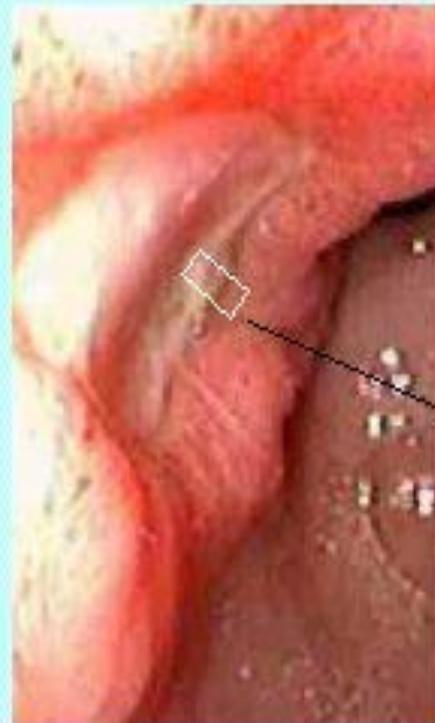
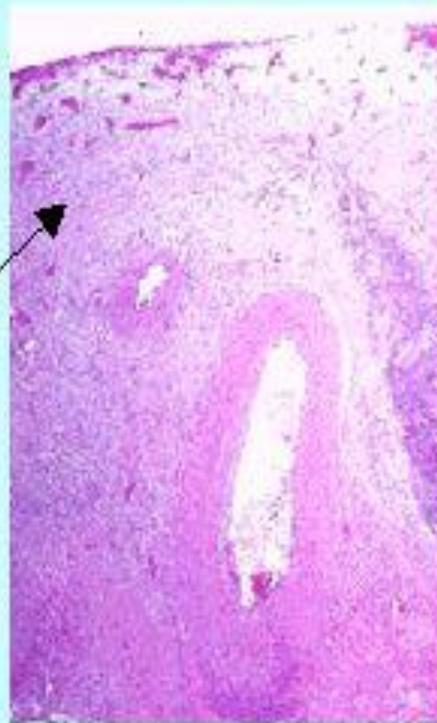
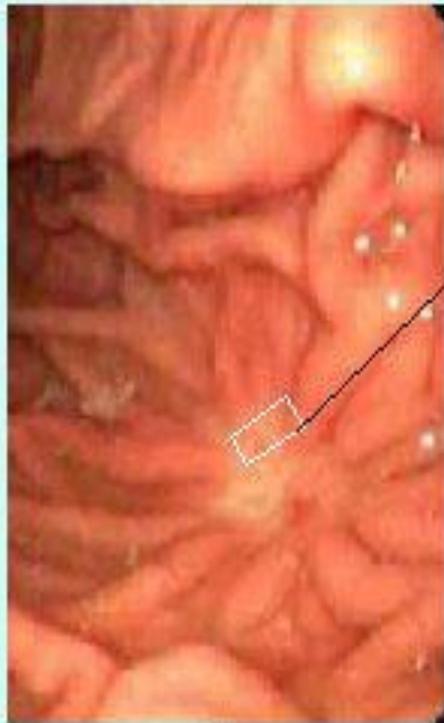
хроническая язва -
глубокий дефект во всех слоях стенки
(желудок) (12п кишка)
→ - зона перфорации





ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕМИССИИ И ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ рис.6
(эндоскопические и микроскопические картины)



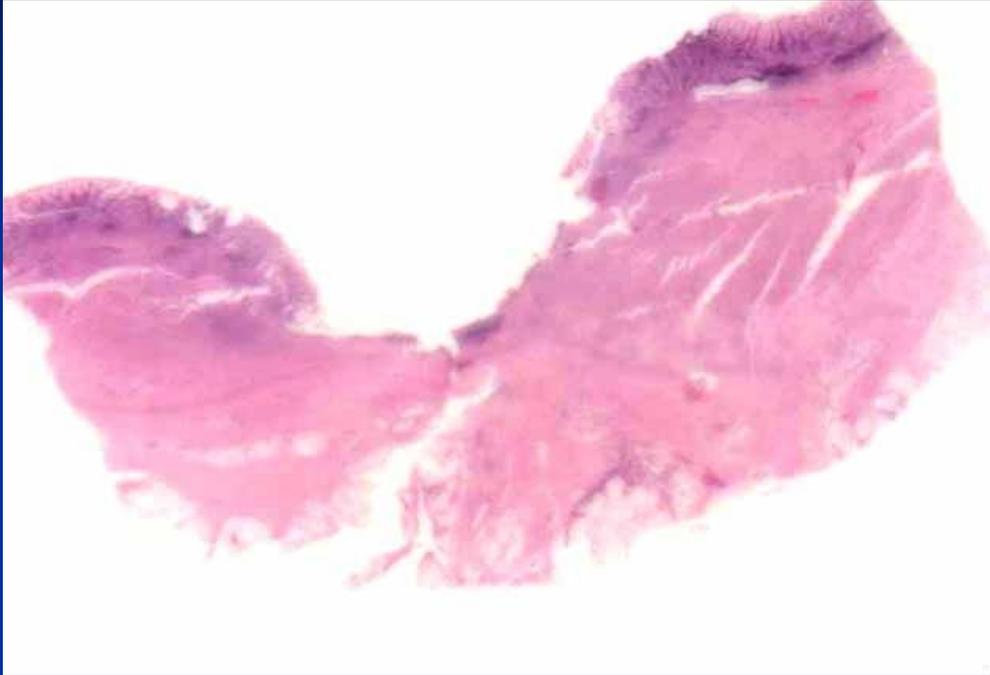
Ремиссия: эпителизация, нет зон фибриноидного некроза, рубцевание.

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

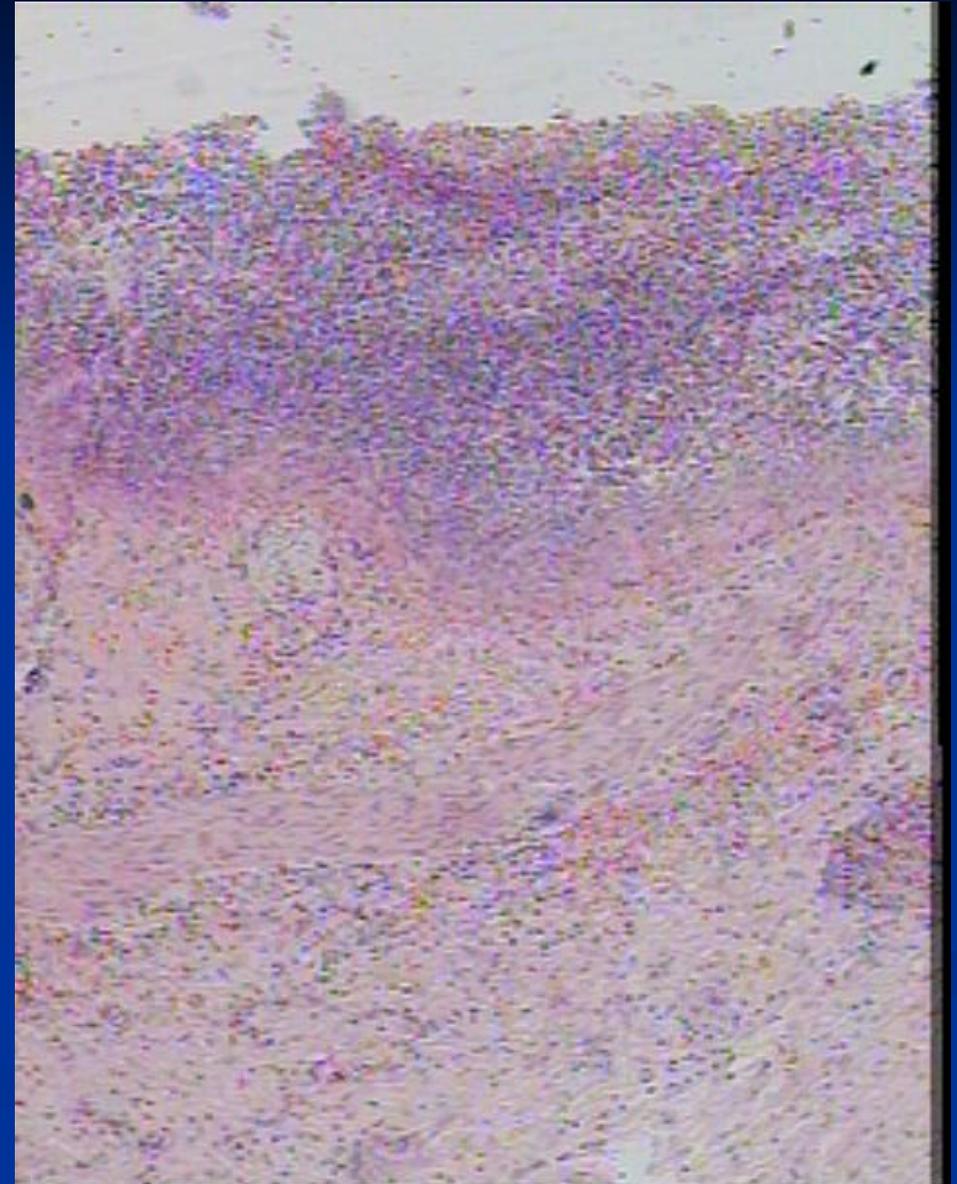


ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА

**ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА
(ОБЩИЙ ВИД ПРЕПАРАТА)**



**СЛОИ ДНА ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ В
СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ: ГНОЙНЫЙ
ЭКССУДАТ, ФИБРИНОИДНЫЙ НЕКРОЗ,
ГРАНУЛЯЦИОННАЯ ТКАНЬ, РУБЦОВАЯ
ТКАНЬ**





ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ОСЛОЖНЕНИЯ.



ЯЗВЕННО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ:

- прободение (перфорация) язвы
- пенетрация (в поджелудочную железу, стенку толстой кишки, печень и пр.)
- кровотечение



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ:

- гастрит, перигастрит
- дуоденит, перидуоденит



ЯЗВЕННО-РУБЦОВЫЕ:

- стеноз входного и выходного отверстий желудка
- стеноз и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки



МАЛИГНИЗАЦИЯ

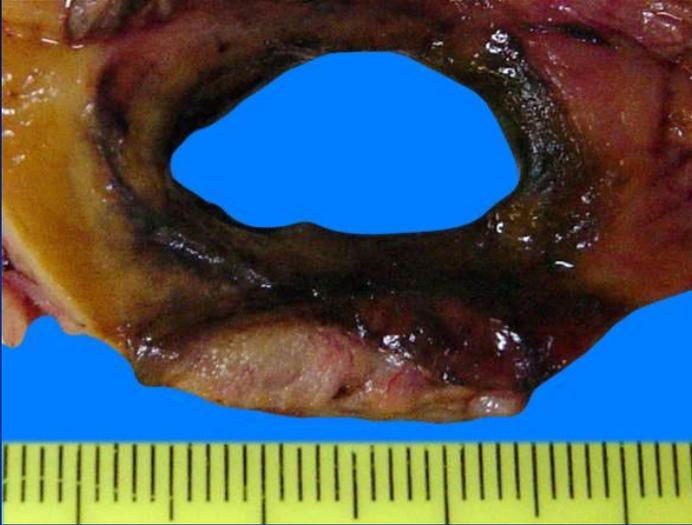


КОМБИНИРОВАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

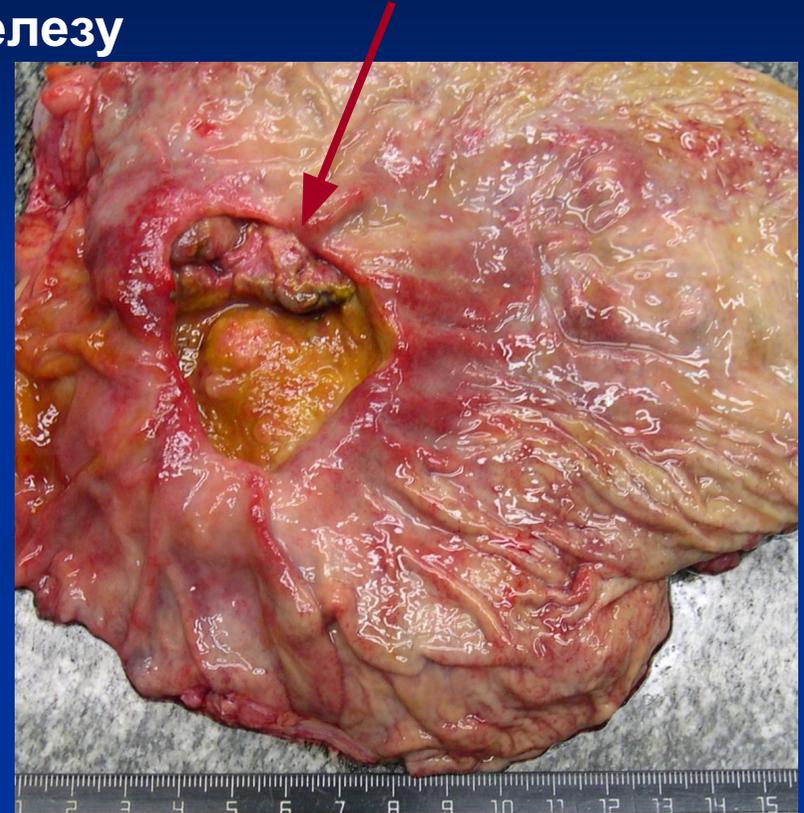


ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ОСЛОЖНЕНИЯ.

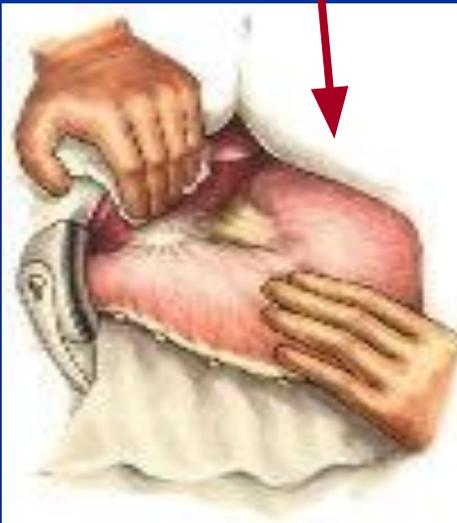
Перфорация



Пенетрация в поджелудочную железу



Пенетрация в печень





РАК ЖЕЛУДКА

«Синдром малых признаков», описанных А. И. Савицким:

- Появление и нарастание слабости и утомляемости.
- Депрессия, утрата интереса к окружающему, апатия, отчуждённость.
- Снижение или исчезновение аппетита.
- «Желудочный дискомфорт»: потеря чувства удовольствия от еды, распирающие газы, ощущение тяжести и переполнения желудка.
- Беспричинное похудание, сопровождающееся бледностью кожи и другими признаками анемизации.



РАК ЖЕЛУДКА

ПОЗДНИЕ КЛИИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

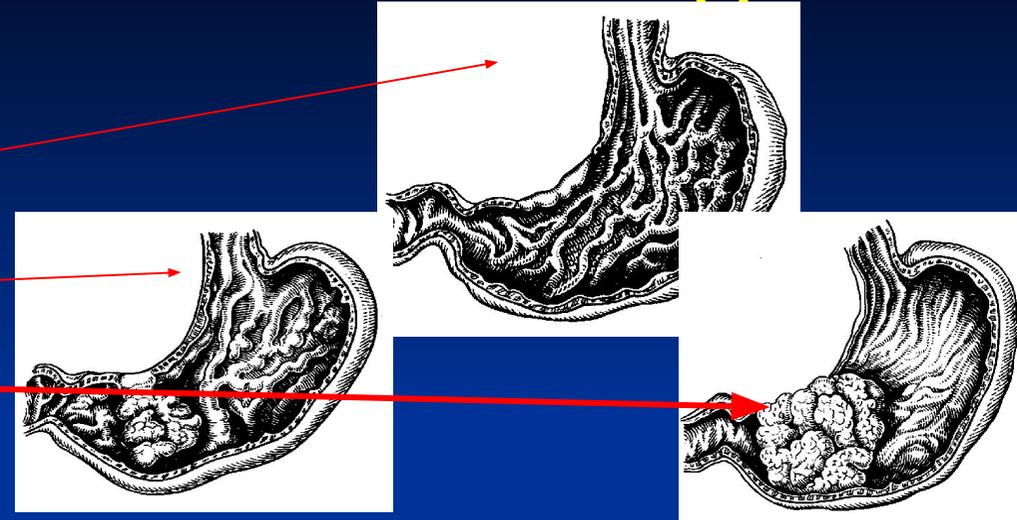
- Нарушения проходимости желудка вследствие сужения различных его отделов опухолью; при локализации в кардиальном отделе - дисфагия.
- Признаки желудочного кровотечения: мелена, рвота кровью.
- Резкое снижение аппетита вплоть до отвращения к пище, причём особенно часто - к мясной. Тошнота, рвота.
- Болевые ощущения различной интенсивности чаще в животе, реже за грудиной или даже между лопатками.
- Левосторонний плеврит.



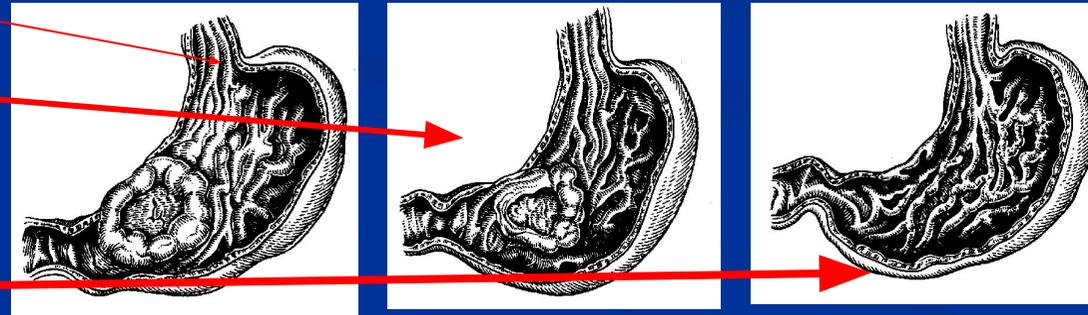
МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЖЕУДКА

С экзофитным ростом

- бляшковидный
- полипозный
- грибовидный

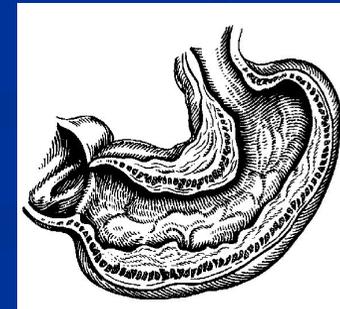


изъязвлённые формы:
блюдцеобразный (рак-язва),
рак из хронической язвы
(язва-рак), первично-язвенный



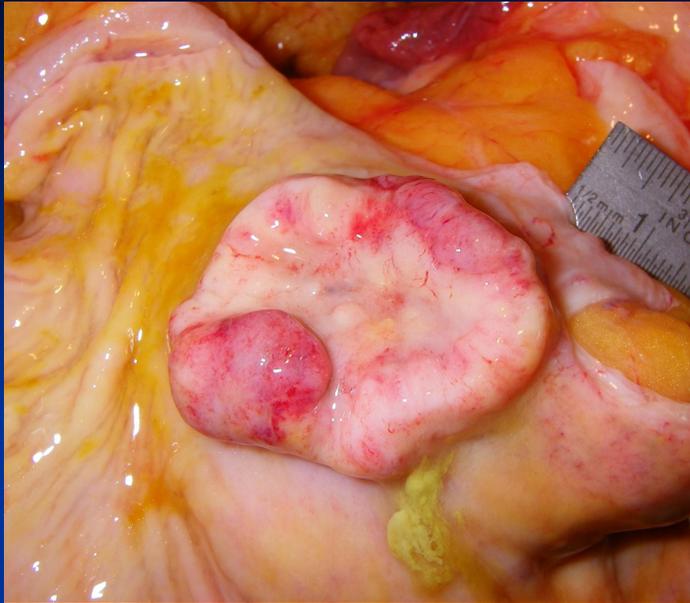
С эндофитным ростом

- диффузный
- инфильтративно-язвенный



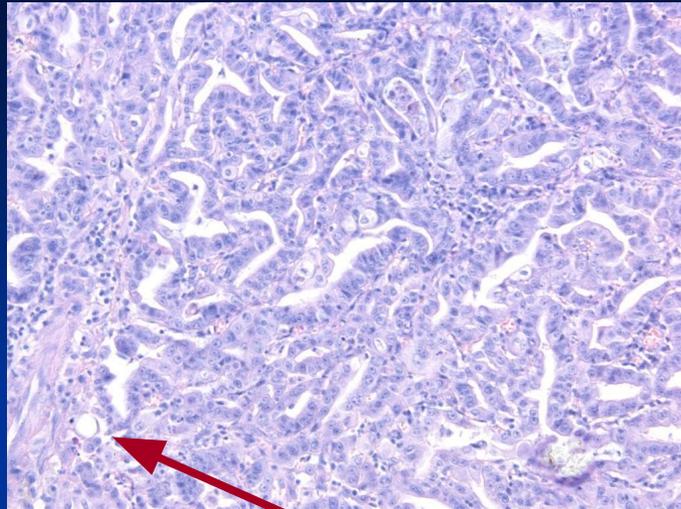


РАК ЖЕЛУДКА

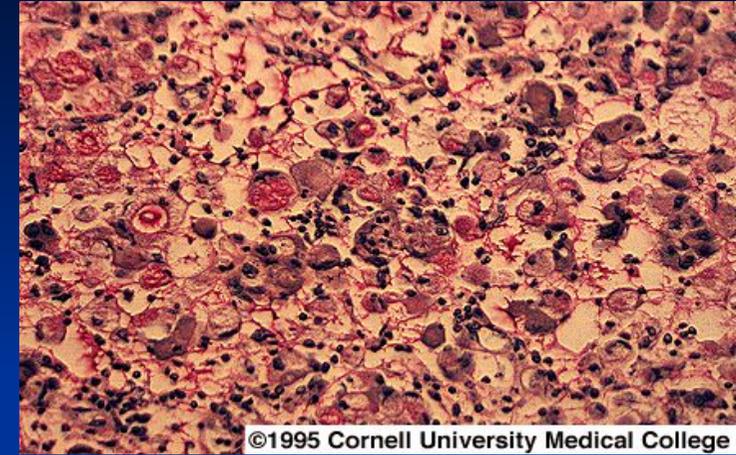
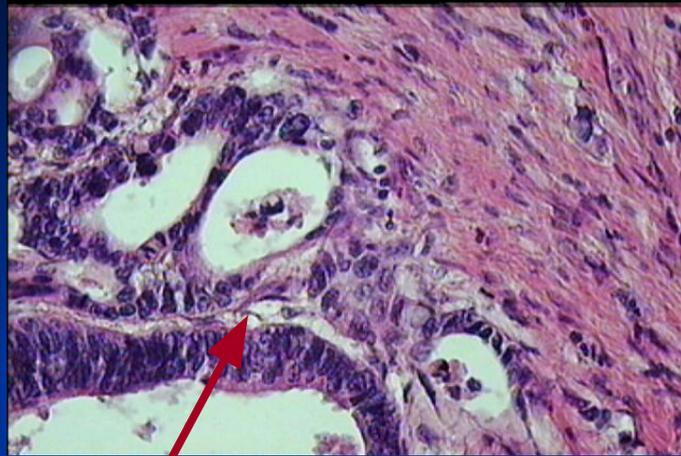




РАК ЖЕЛУДКА

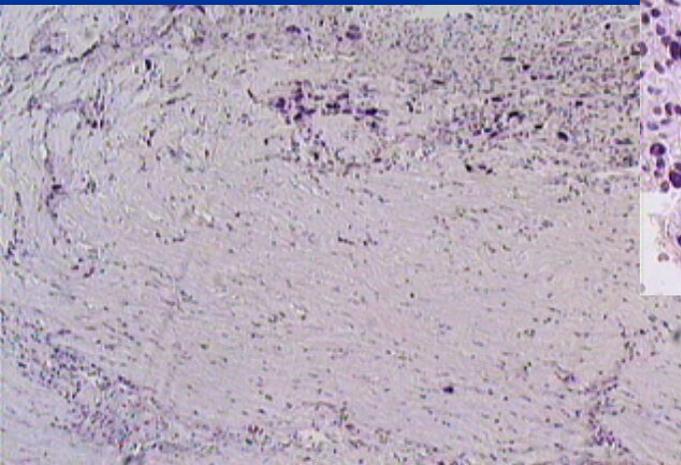


Аденокарцинома

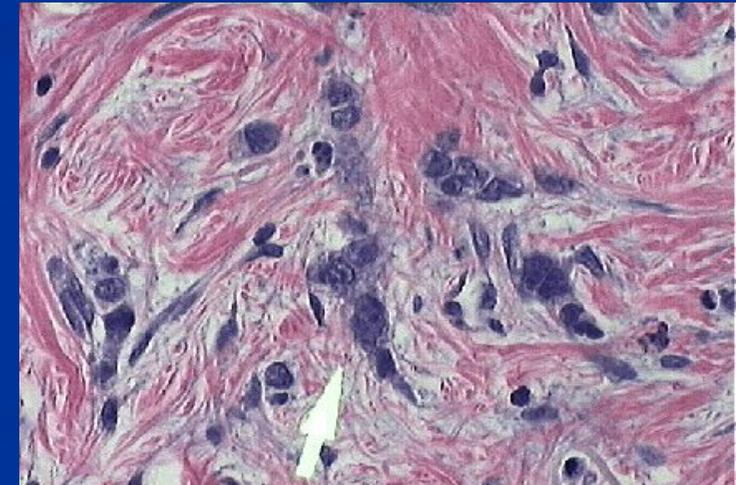
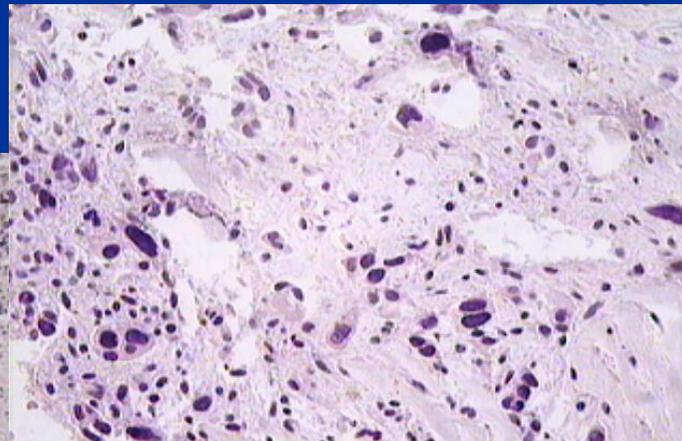


©1995 Cornell University Medical College

Перстневидноклеточный рак



Низкодифференцированный рак



Скирр



РАК ЖЕЛУДКА

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА:

- ЛИМФОГЕННЫМ ПУТЕМ

ЛУ МАЛОГО И БОЛЬШОГО САЛЬНИКА, ОРТОГРАДНО В ОТДАЛЕННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ, РЕТРОГРАДНО В НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЛУ («ВИРХОВСКАЯ ЖЕЛЕЗА»), ЛУ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ («ШНИЦЛЕРОВСКИЕ МЕТАСТАЗЫ»), ЯИЧНИКИ («МЕТАСТАЗЫ КРУКЕНБЕРГА»)

- ИМПЛАНТАЦИОННЫМ ПУТЕМ

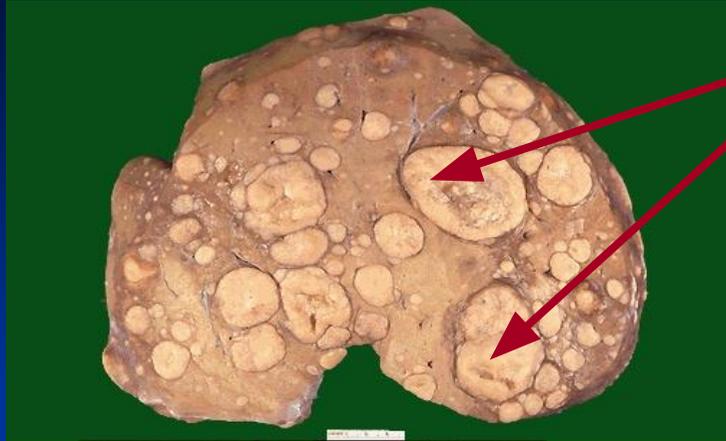
ПО БРЮШИНЕ (КАНЦЕРОМАТОЗ БРЮШИНЫ)

ГЕМАТОГЕННЫМ ПУТЕМ

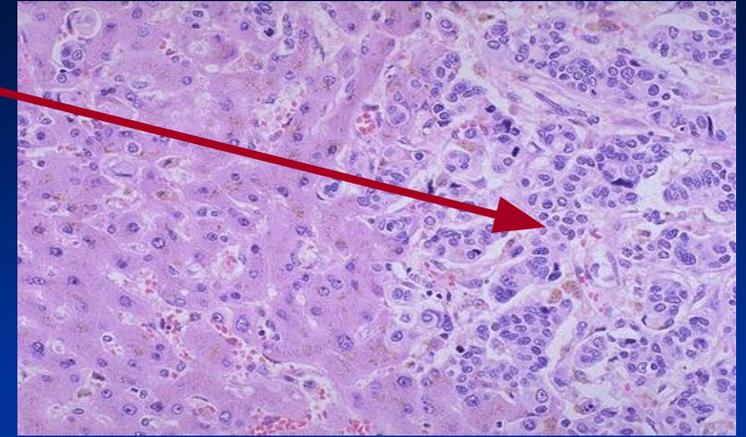
ПЕЧЕНЬ, ЛЕГКИЕ, ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА, КОСТИ, ПОЧКИ, НАДПОЧЕЧНИКИ.



РАК ЖЕЛУДКА

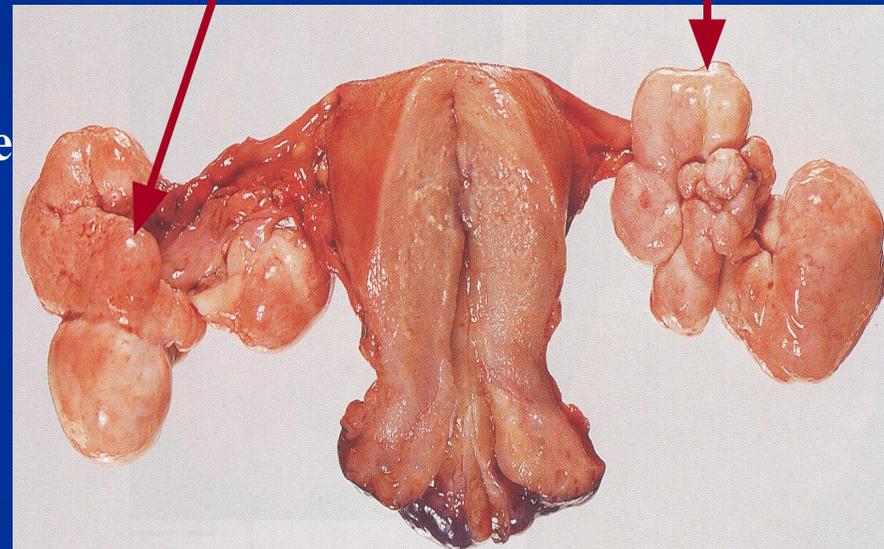


Метастазы в
печень

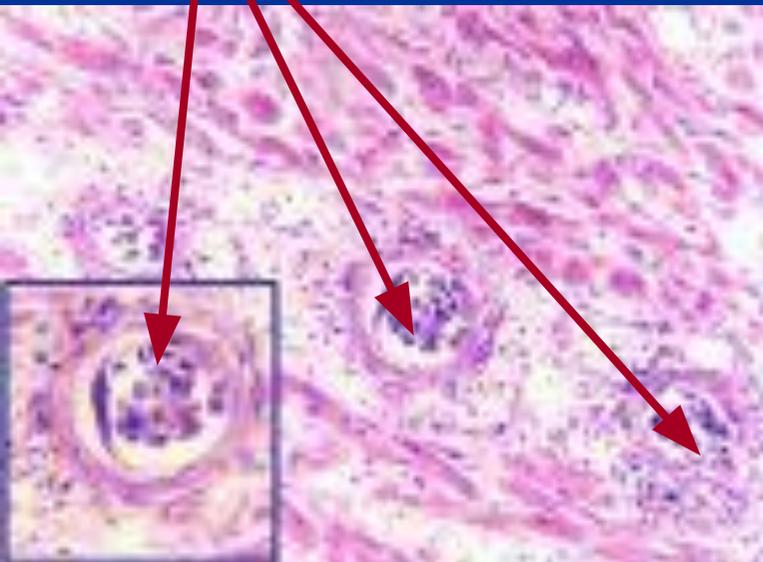


Метастазы в легкие

Метастазы в яичники
(Крукенберга)



Метастазы в миокард





РАК ЖЕЛУДКА

ОСЛОЖНЕНИЯ

- ПЕРФОРАЦИЯ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА, КРОВОТЕЧЕНИЕ, ПЕРИТУМОРОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, АНЕМИЯ.
- ПРОРАСТАНИЕ РАКА В ВОРОТА ПЕЧЕНИ СО СДАВЛЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ ЖЕЛТУХИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ; КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ; ОБСЕМЕНЕНИЕ ПЛЕВРЫ, ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ И ФИБРИНОЗНО-ГЕМОМОРРАГИЧЕСКИЙ ПЛЕВРИТ
- ИСТЩЕНИЕ (КАХЕКСИЯ)





РАК ЖЕЛУДКА



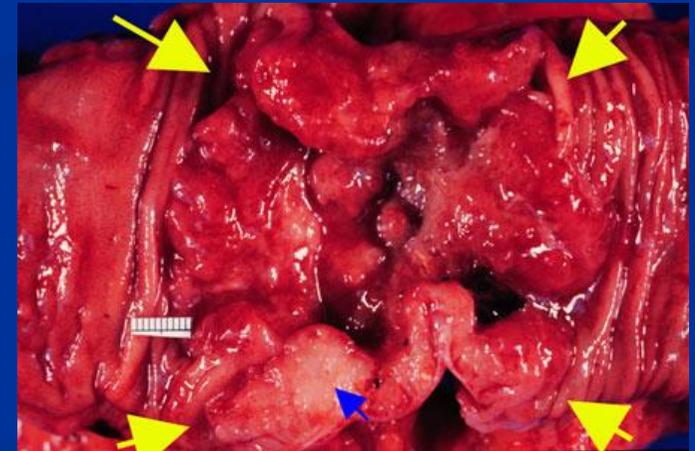
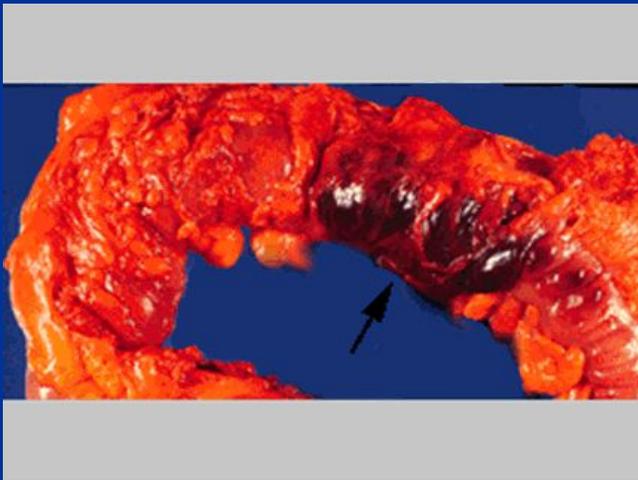
Канцероматоз брюшины



БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА

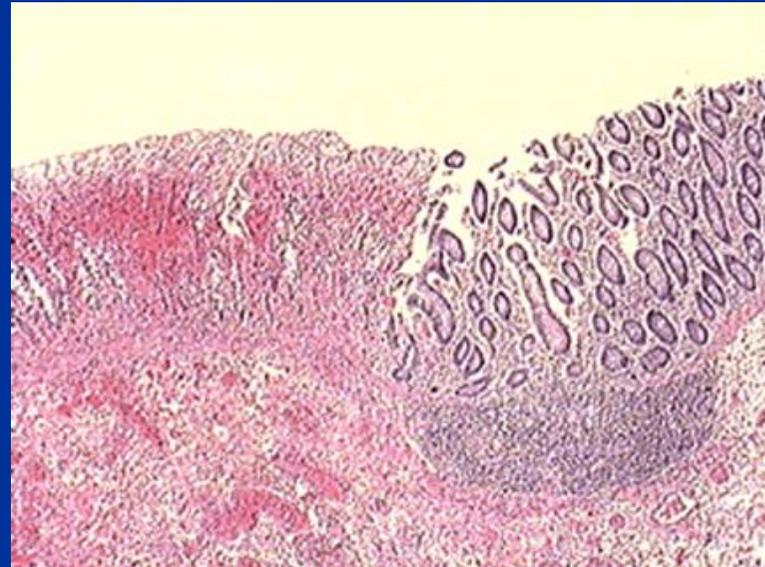
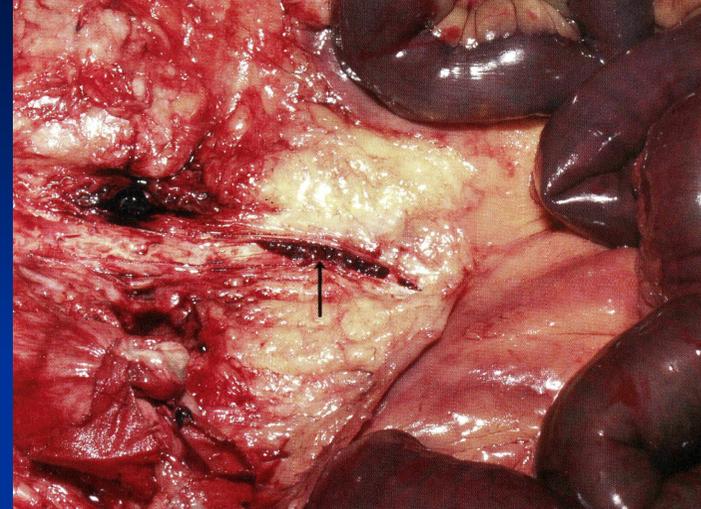
КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ КИШЕЧНИКА:

- ✓ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ КИШЕЧНИКА
- ✓ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (энтериты и колиты)
- ✓ ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА



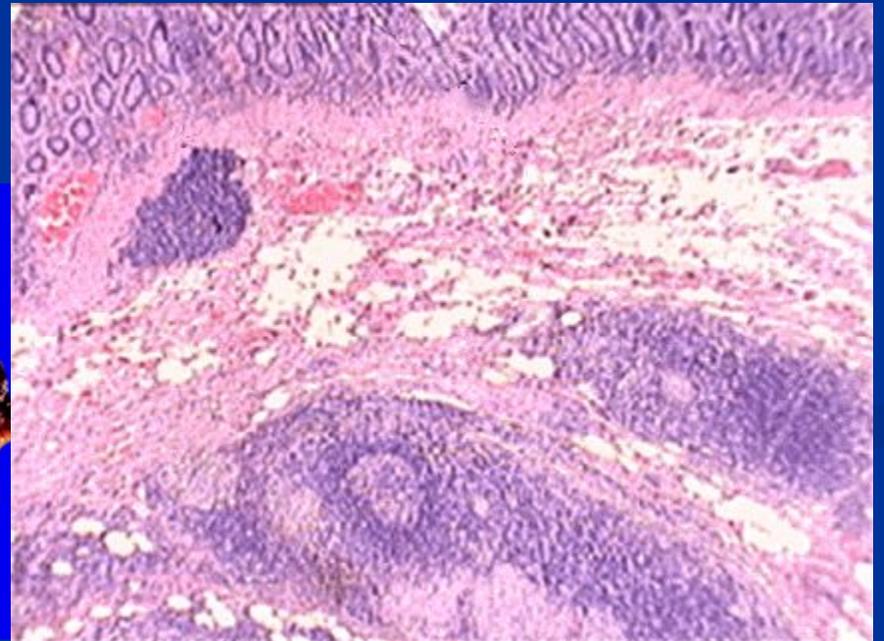
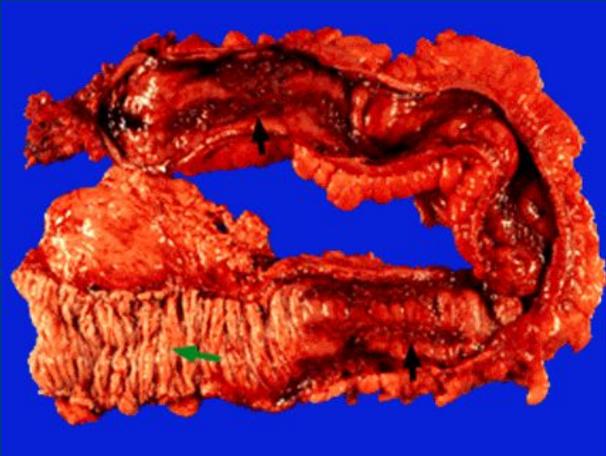
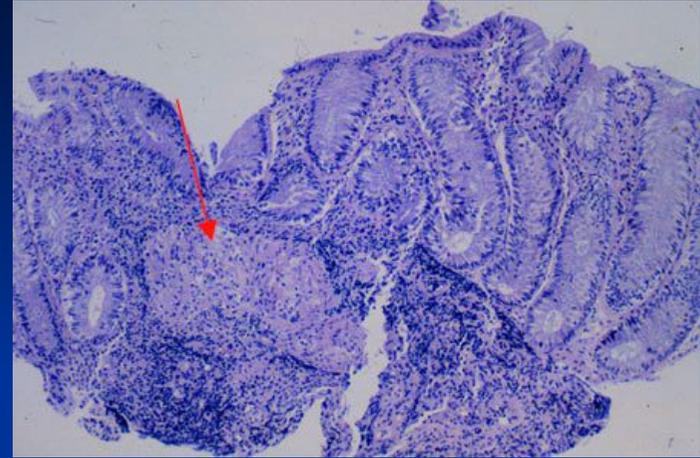


ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ КИШЕЧНИКА



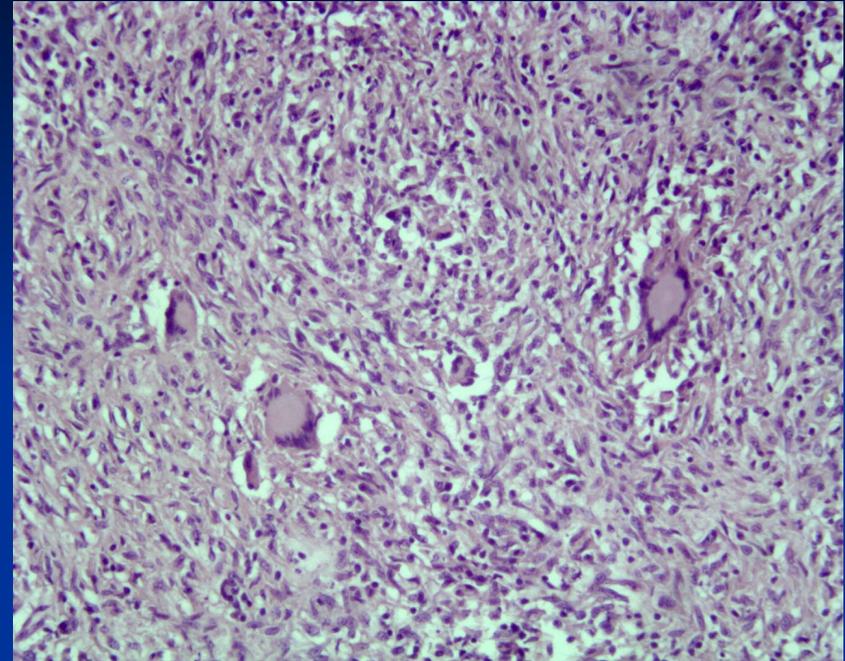
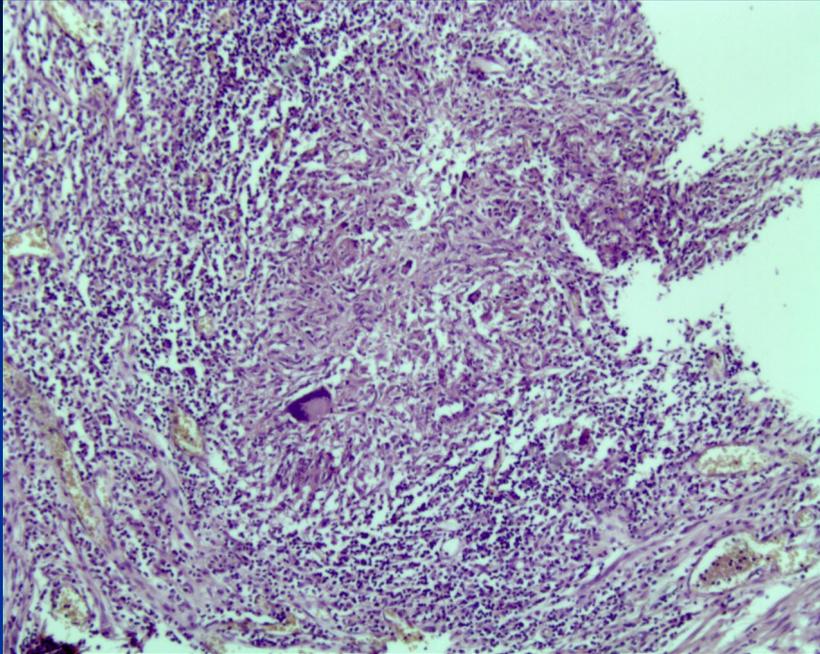


БОЛЕЗНЬ КРОНА





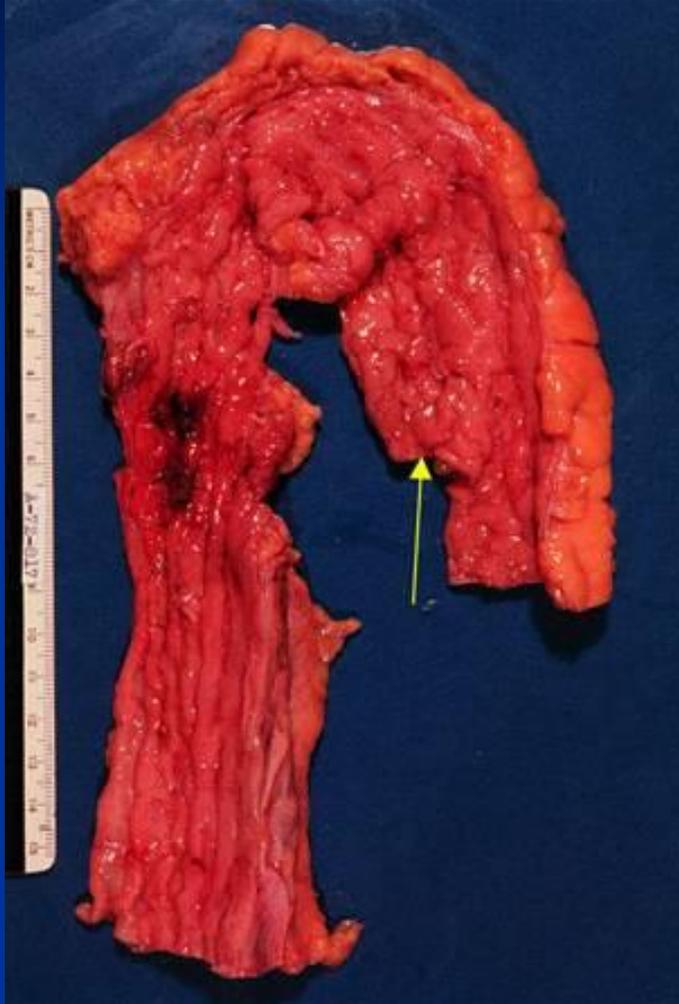
БОЛЕЗНЬ КРОНА



Глубокий щелевидный язвенный дефект слизистой оболочки, лимфо-макрофагальная, с примесью плазмоцитов инфильтрация и склероз всех слоев стенки кишки (а), гранулема с гигантскими многоядерными клетками в подслизистом слое (б).

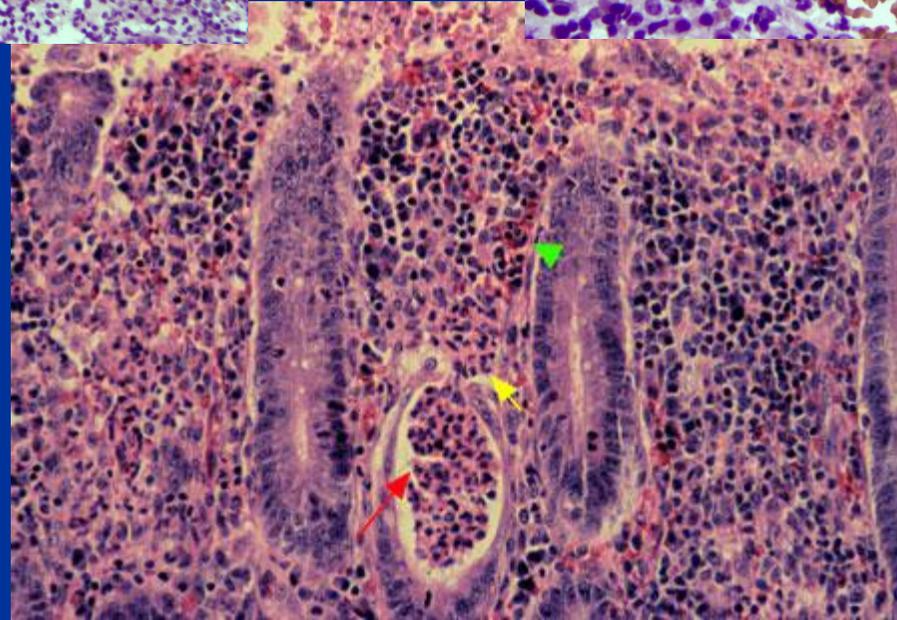
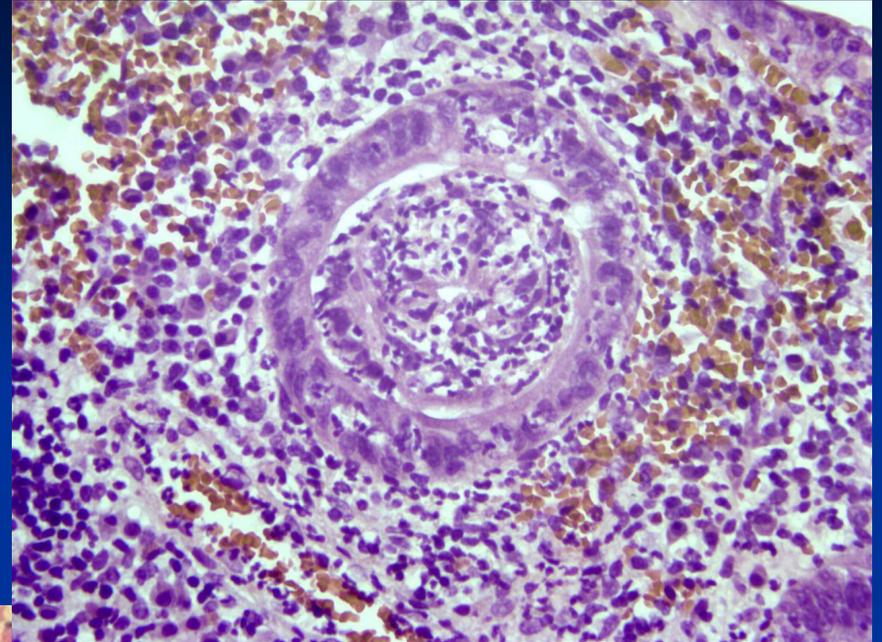
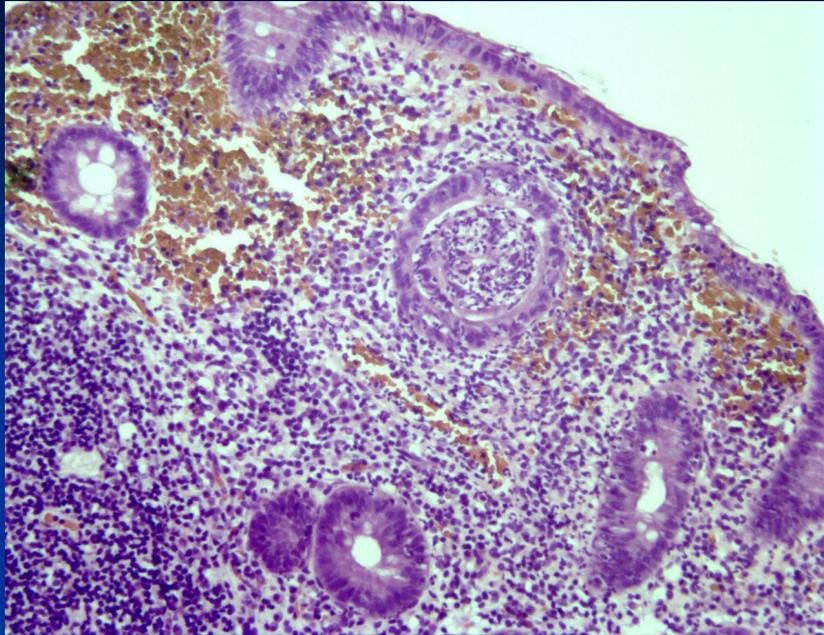


ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ





ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ



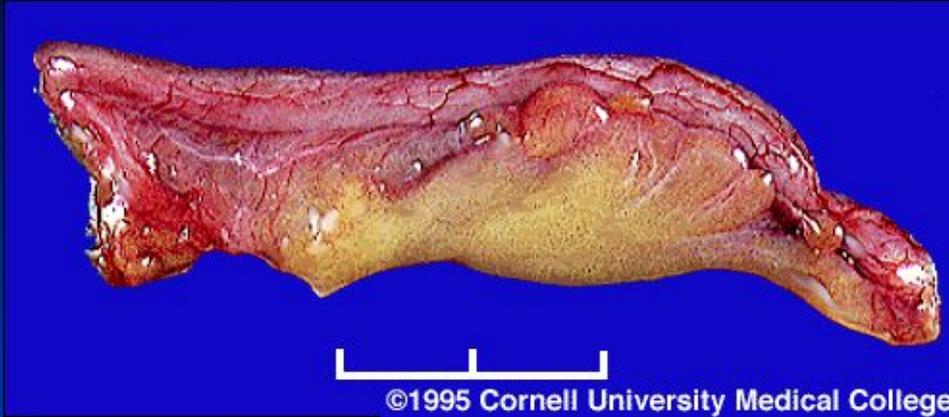


БОЛЕЗНЬ КРОНА И ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

ПРИЗНАКИ	Язвенный колит	Болезнь Крона
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОЦЕССА	Диффузная, преимущественно левая сторона	Мультифокальная ("скачки"), преимущественно правая сторона
ЯЗВЫ	Обширные, плоские	Щелевидные, продольные и поперечные, слизистая в виде "булыжной мостовой"
КРИПТ-АБСЦЕССЫ	Очень характерны	Редко
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОЛИПЫ	Часто	Редко
САРКОИДНЫЕ ГРАНУЛЕМЫ	Нет	50%
АТРОФИЯ И РЕГЕНЕРАЦИЯ ЭПИТЕЛИЯ	Выражена	Минимальна
МУЦИН В ЦИТОПЛАЗМЕ КЛЕТОК	Снижен	Сохранен
ЛИМФОИДНЫЕ ФОЛЛИКУЛЫ	Немного, только в слизистой оболочке и в подслизистой основе	Многочисленные, занимают всю толщу стенки кишки
ПАНЕТОВСКАЯ МЕТАПЛАЗИЯ	Часто	Редко
ПОРАЖЕНИЕ СЕРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ	Нет	Серозит, фиброз
ПОРАЖЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	Почти всегда	50%
ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ	Реактивная гиперплазия	Возможны гранулемы
АНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ	Менее 25%, острые фиссуры, ректовагинальные свищи	75%, множественные изъязвления, хронические фиссуры, фиброзно-воспалительные полипы



АППЕНДИЦИТ



©1995 Cornell University Medical College



©1995 Cornell University Medical College

Нормальный аппендикс

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ



Общий вид препарата
(острый аппендицит)





АППЕНДИЦИТ

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ:

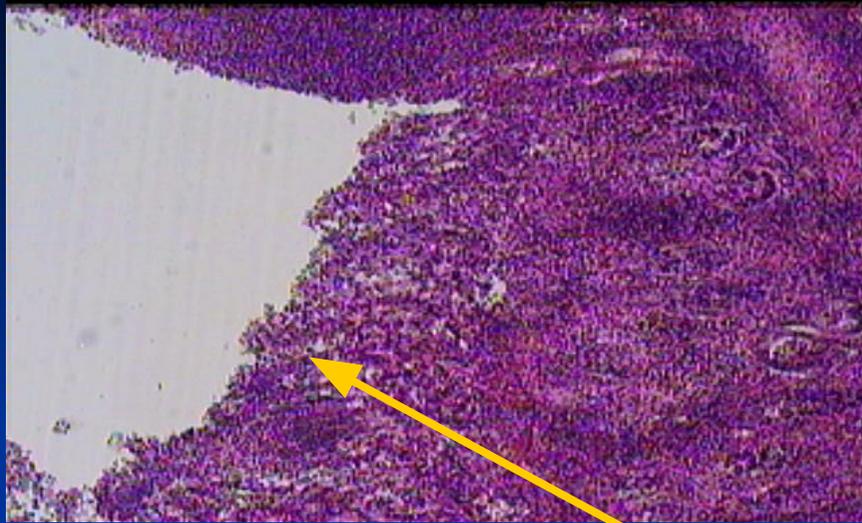
1. простой (отек, полнокровие, краевое стояние лейкоцитов)
2. поверхностный (первичный гнойный аффект с в слизистой оболочке)
3. флегмонозный (диффузная инфильтрация лейкоцитами с возможными некрозами слизистой оболочки)
4. гангренозный

ХРОНИЧЕСКИЙ

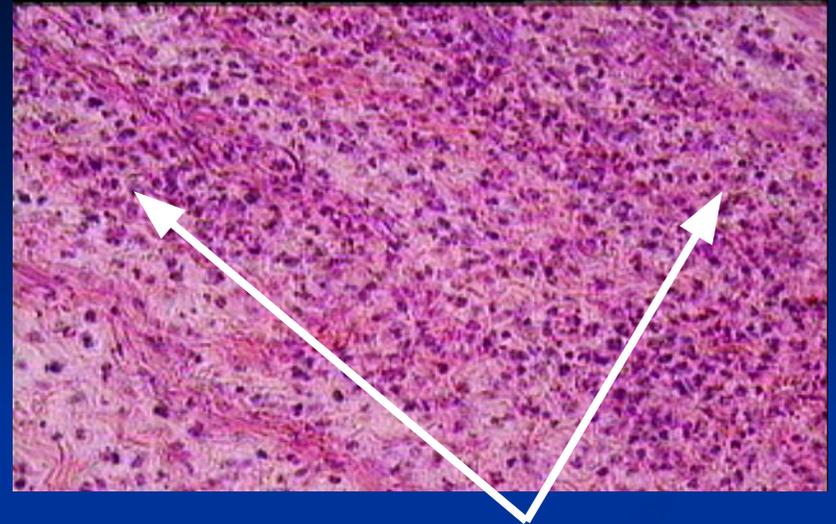
ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. перфорация
2. самоампутация
3. периаппендикулярный абсцесс
4. тромбофлебит сосудов брыжейки с пилефлебическими абсцессами печени
5. псевдомиксома брюшины

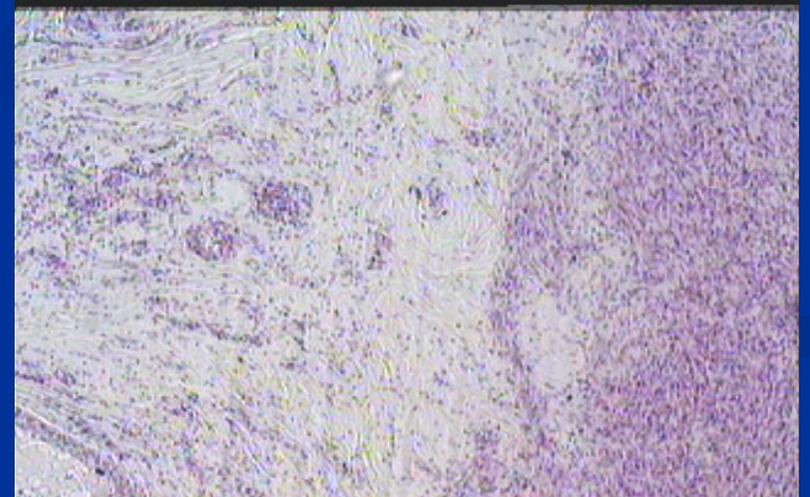
АППЕНДИЦИТ



Острый аппендицит (слизистая и серозная оболочки)



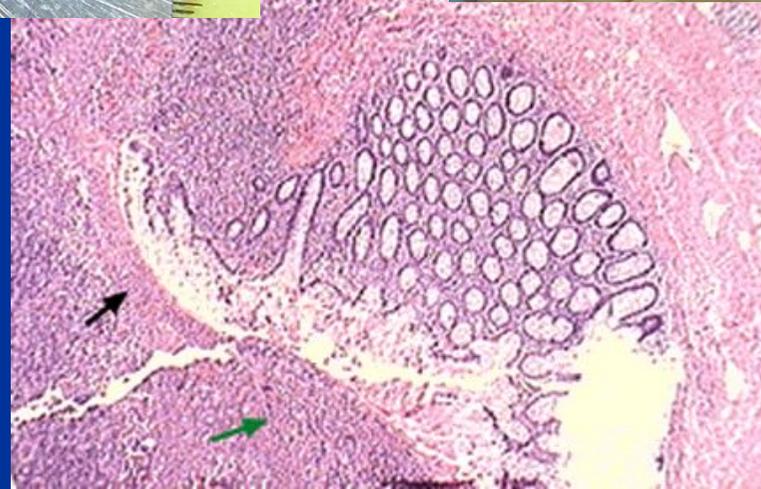
Острый аппендицит мышечная оболочка)



Хронический аппендицит

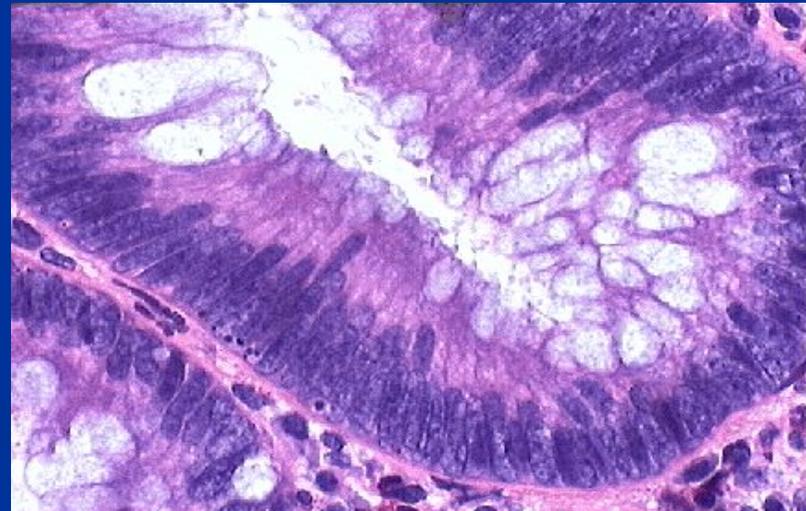
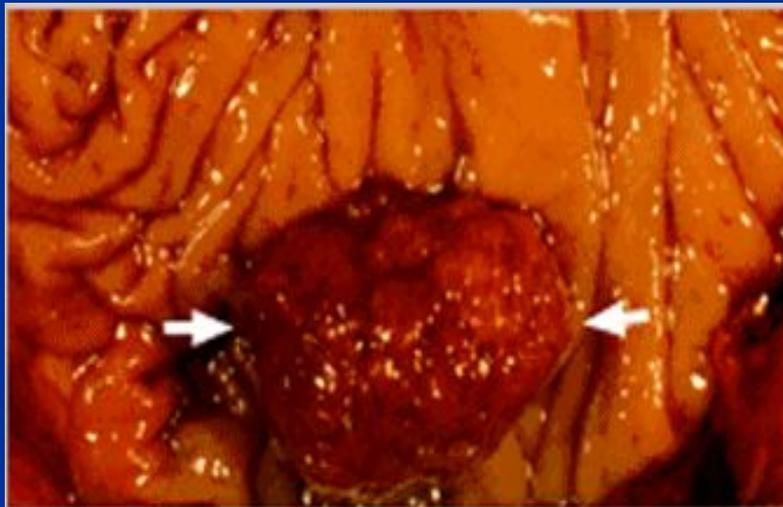
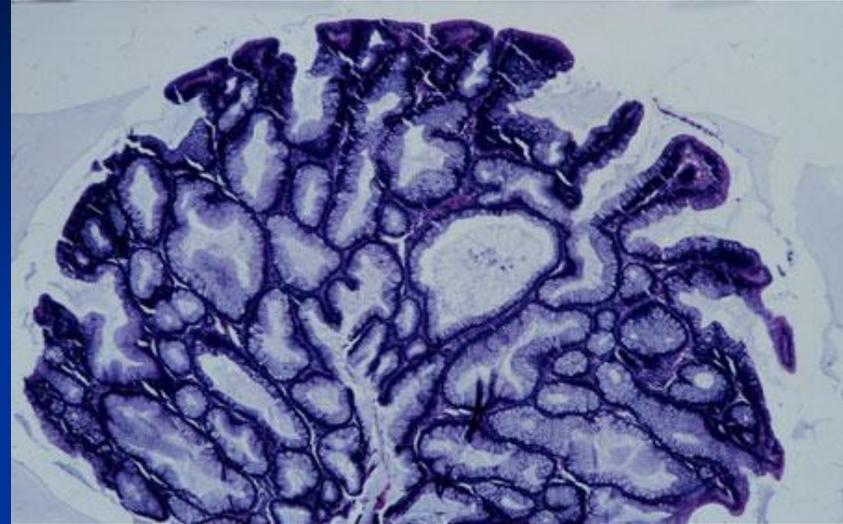
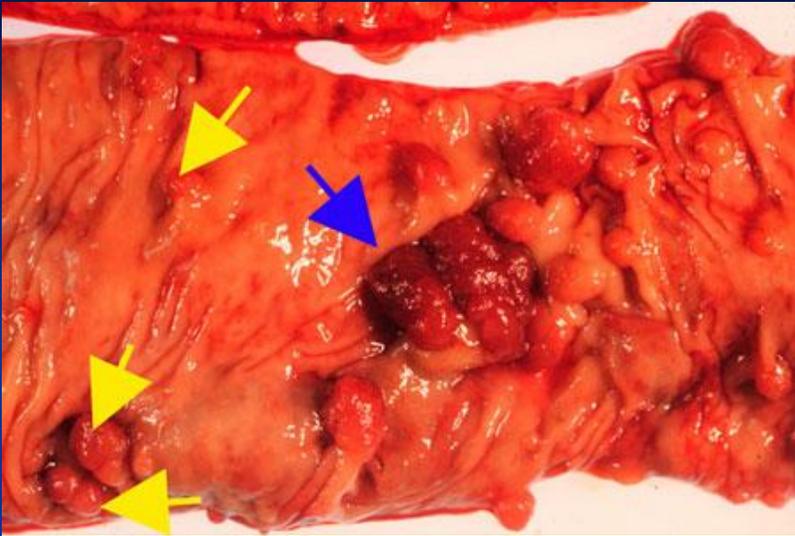


ДИВЕРТИКУЛИТ



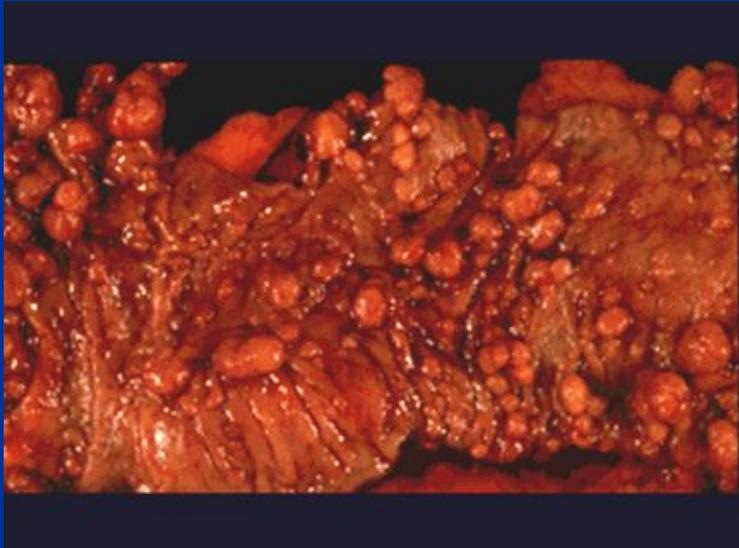
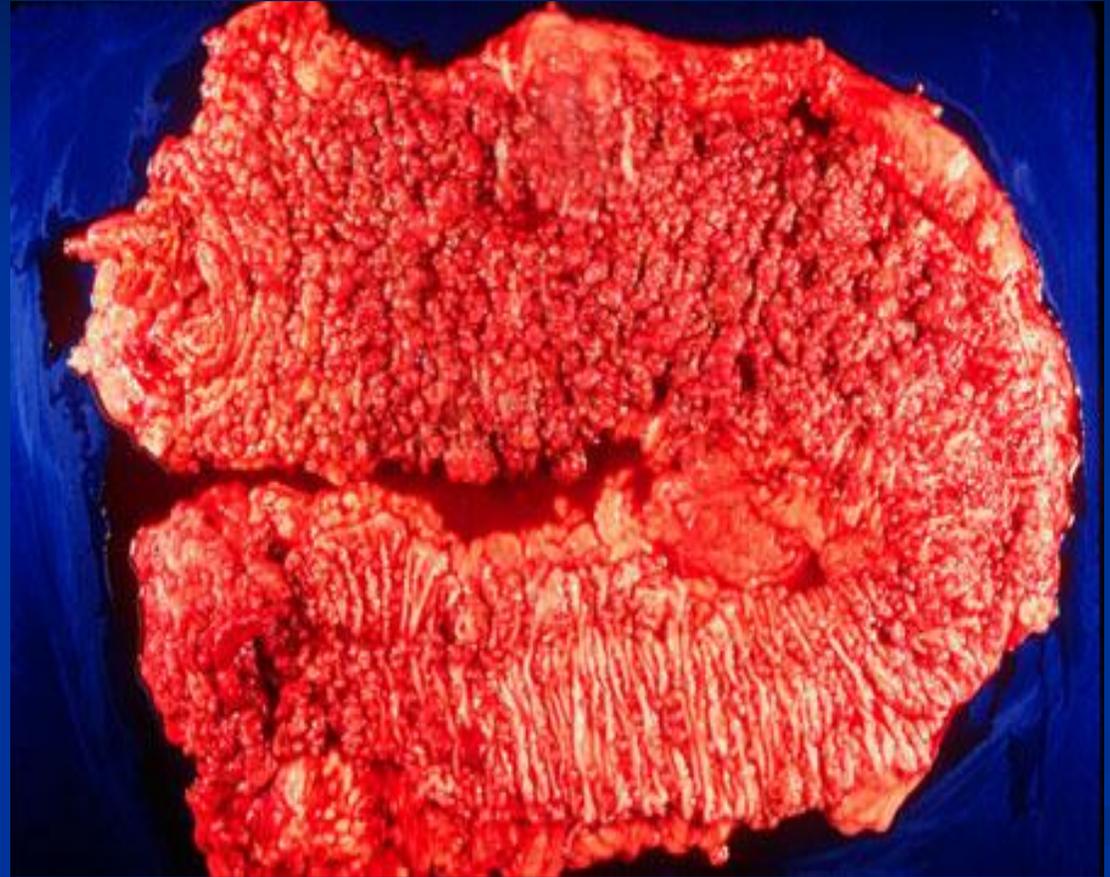
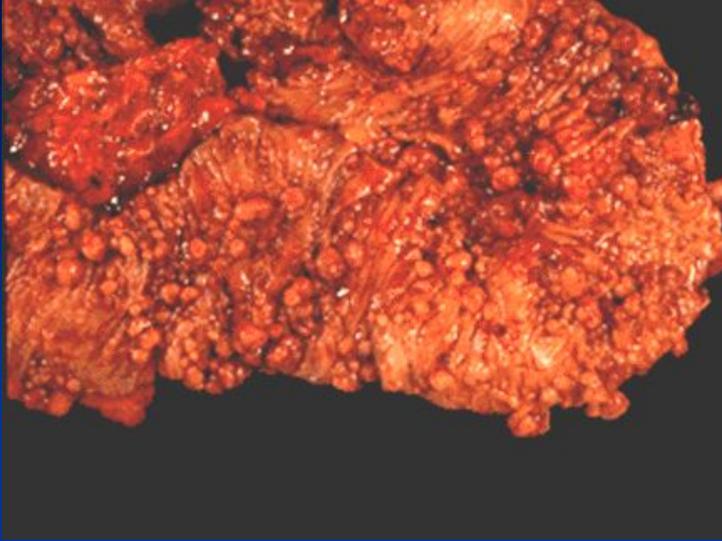


ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА. ПОЛИПЫ.



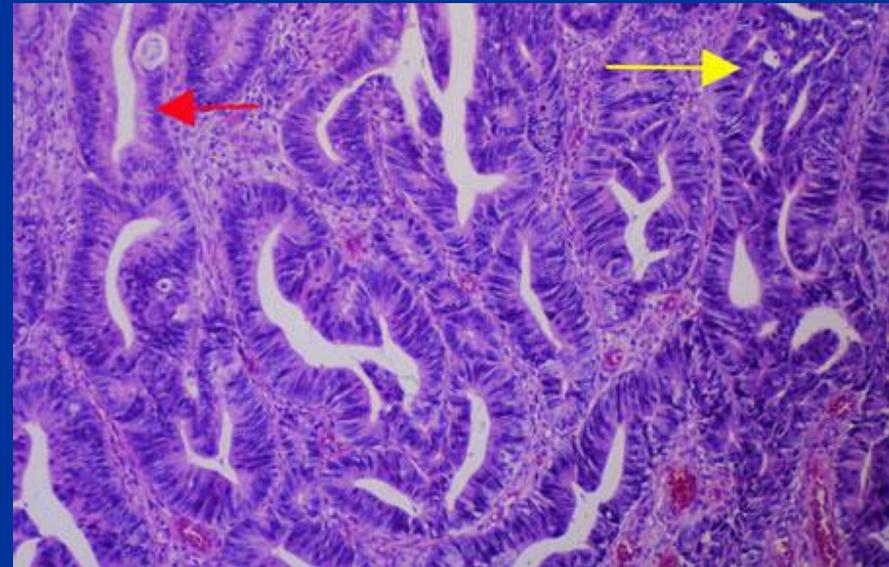
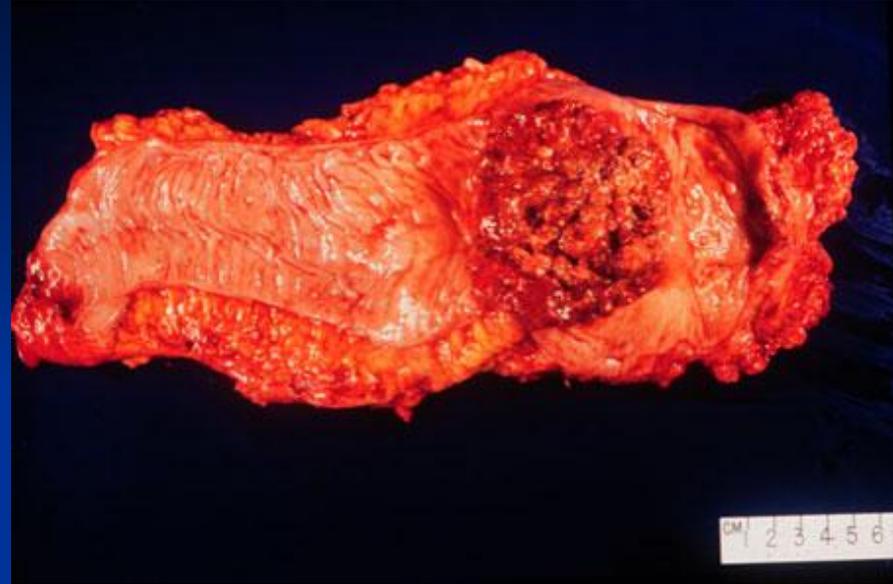
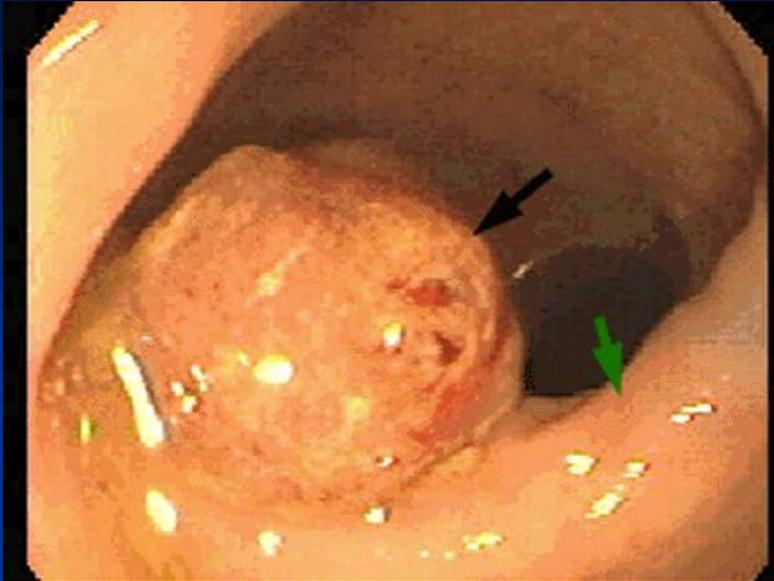


ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА. ПОЛИПОЗ.



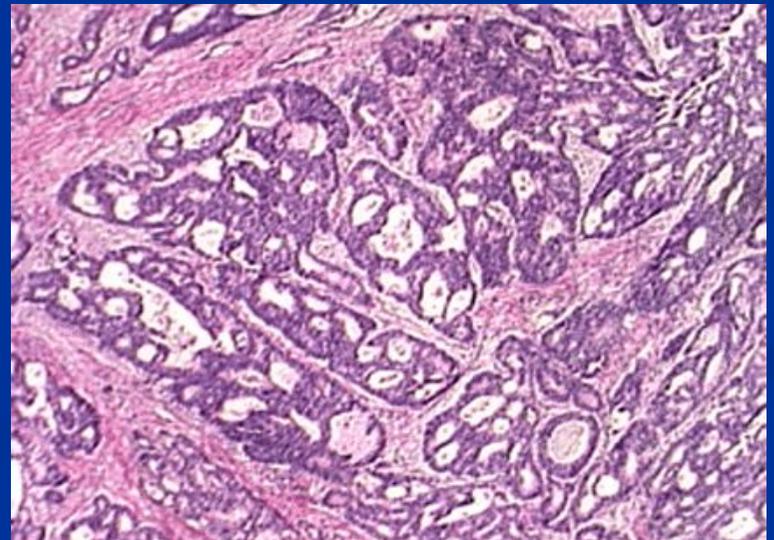
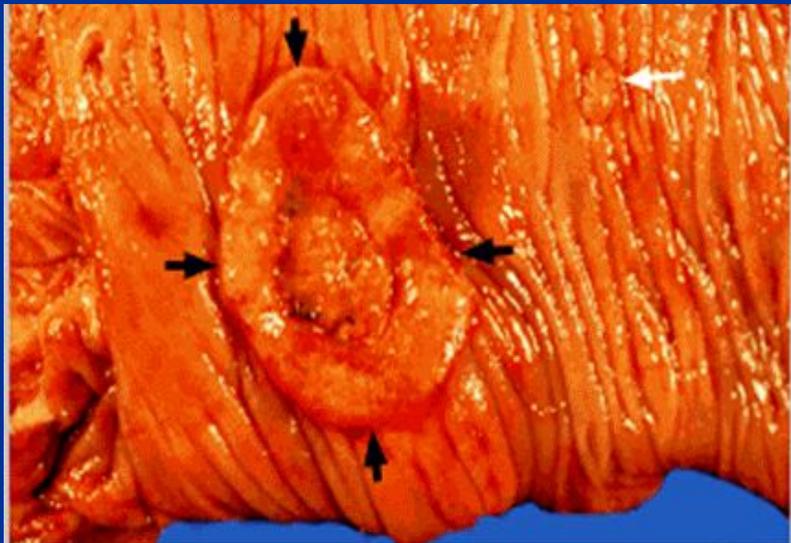
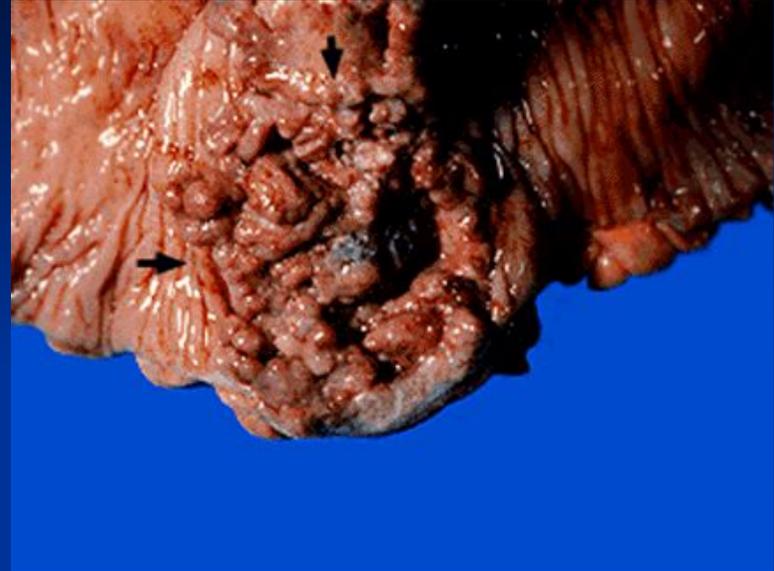
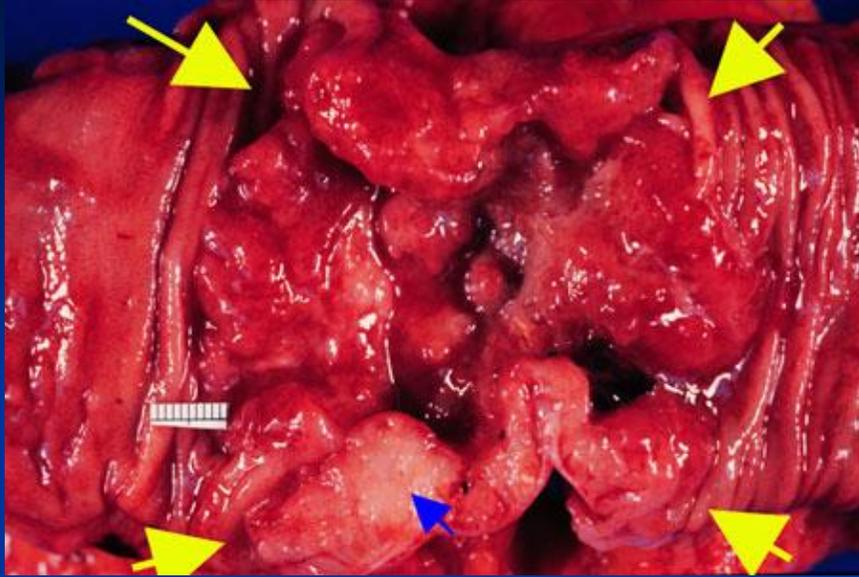


ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА. АДЕНОКАРЦИНОМА.



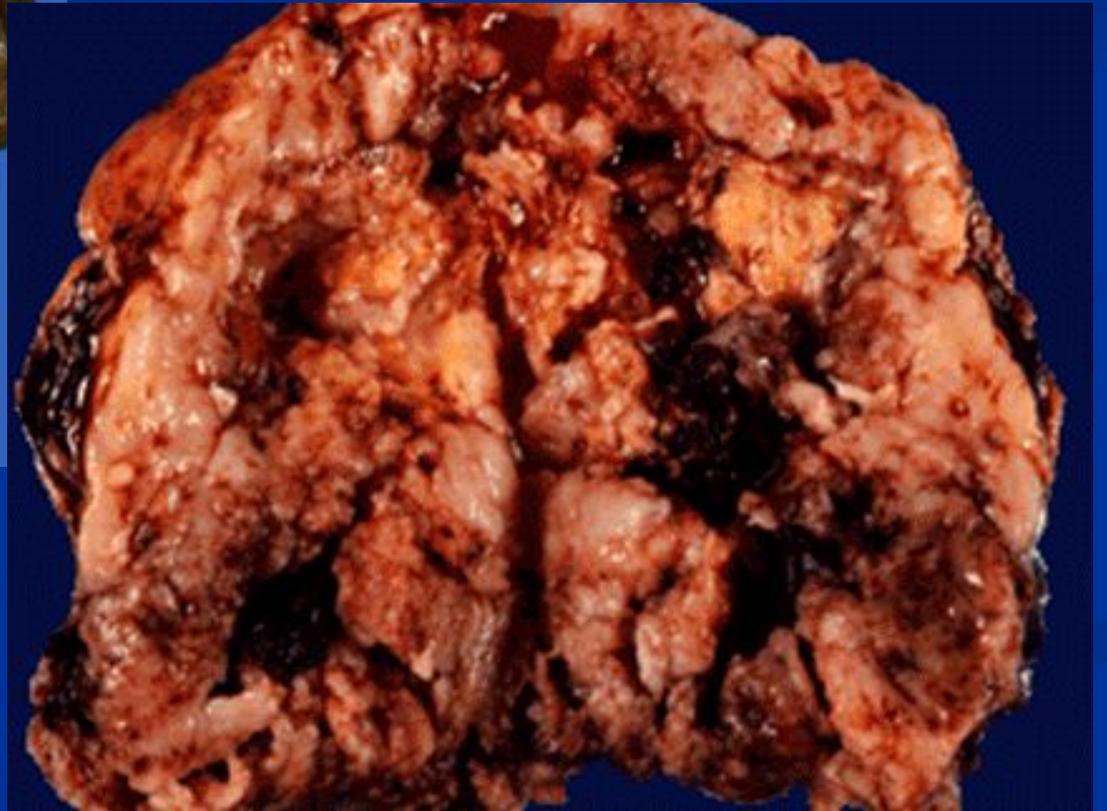
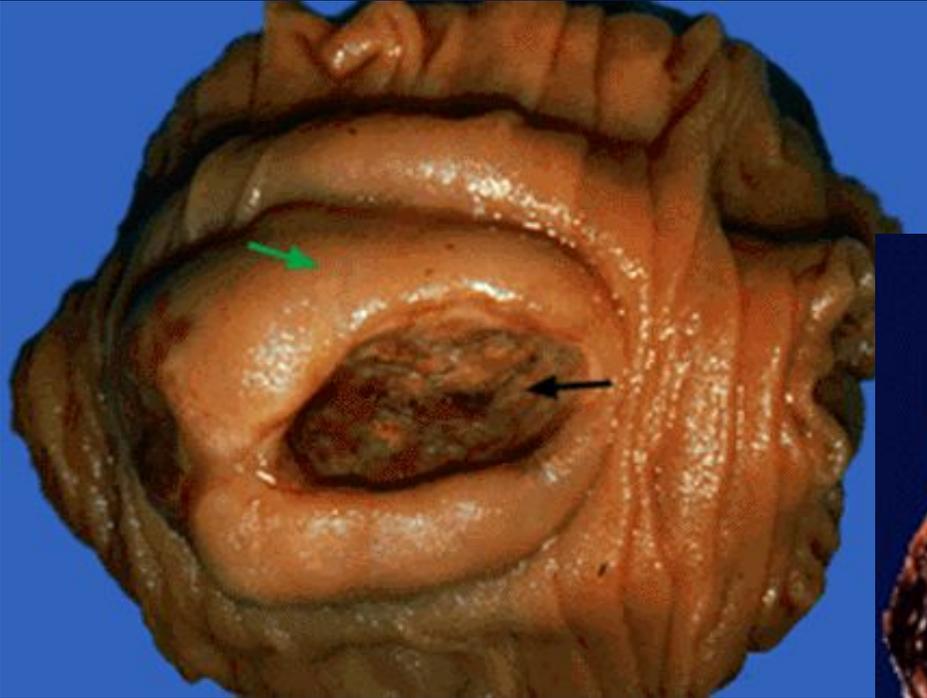


ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА. АДЕНОКАРЦИНОМА.





ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА. ЛЕЙОМИОСАРКОМА.





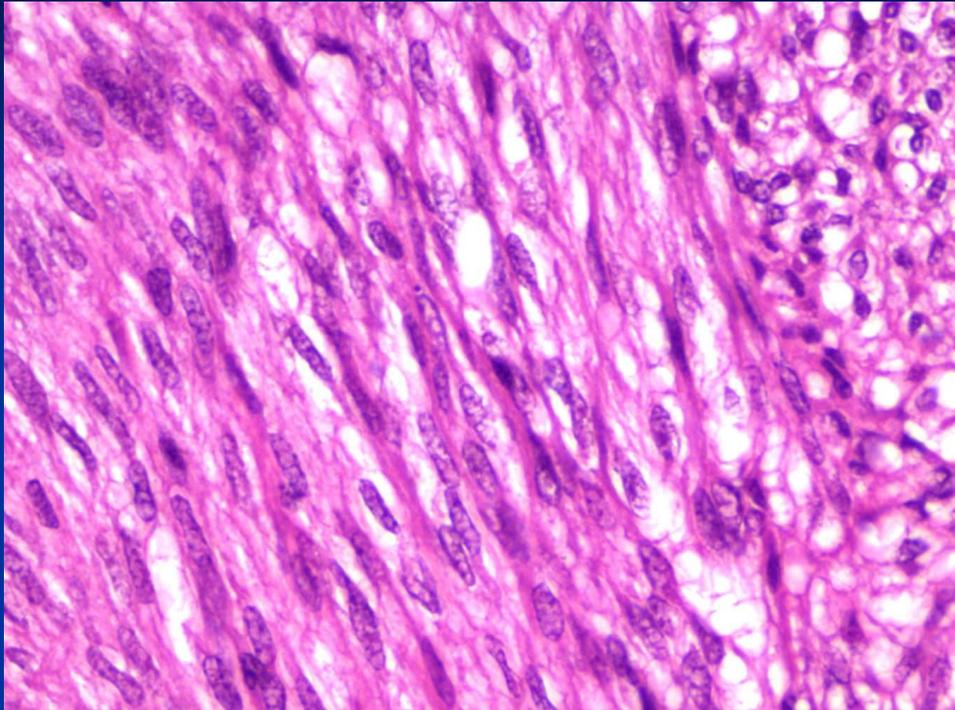
ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ



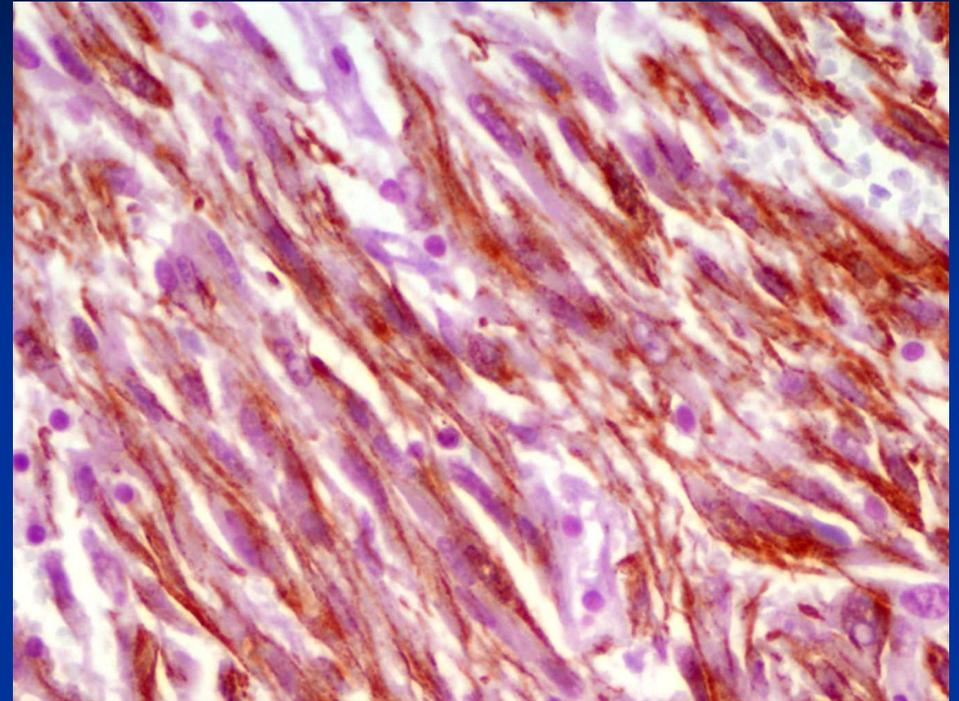
«Гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСТ, GIST)» - множественные узлы опухоли в брыжейке и стенке тонкой кишки,



ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ



**Веретеноклеточный
вариант GIST**



**Экспрессия
специфического
диагностического маркера
GIST – антигена CD117**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ