

Волгоградский
государственный
медицинский
университет



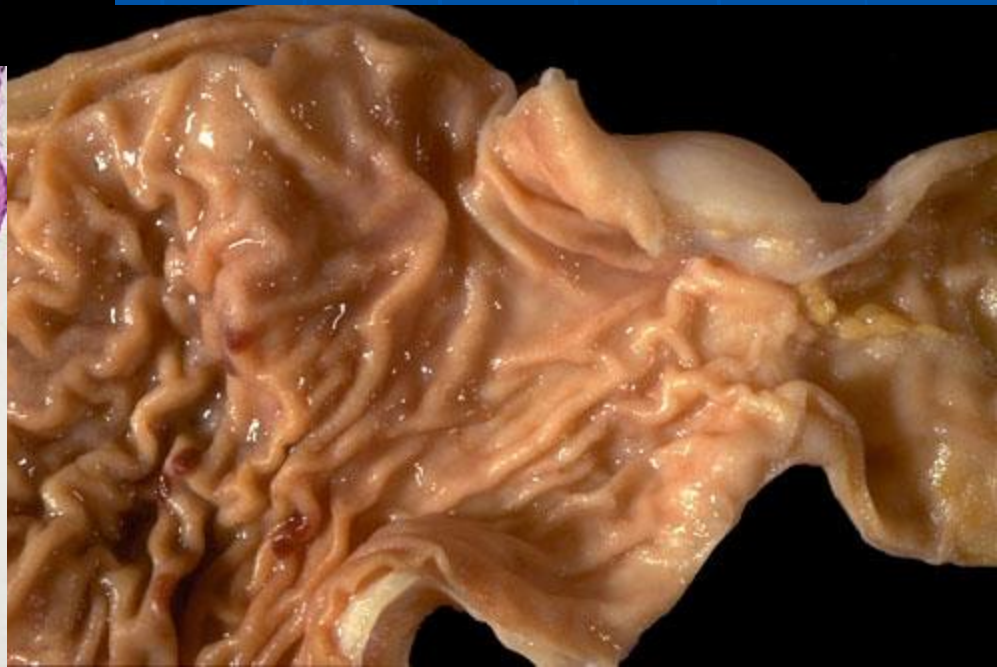
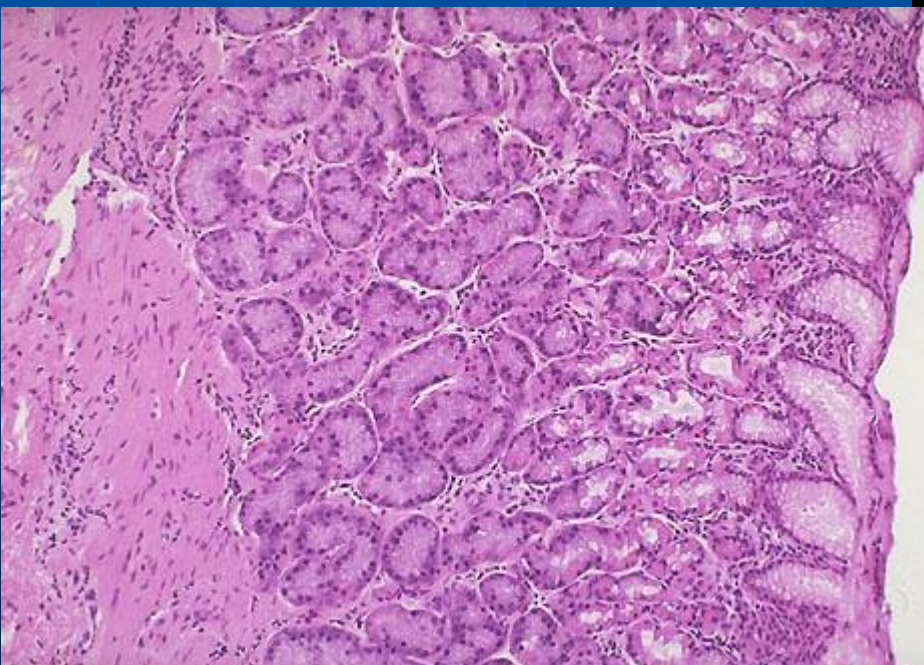
Кафедра
патологической
анатомии

Болезни желудочно-
кишечного тракта: язвенная
болезнь, колит, аппендицит.

Гастрит.

- *Гастрит — воспаление слизистой оболочки желудка. По характеру течения делится на острый и хронический.*

- С 1996 г. гастроэнтерологи пользуются классификацией, которая опубликована как «Модифицированная Сиднейская система»: выделено 3 основные категории гастрита: острый, хронический и особые формы. Хронические гастриты подразделены на неатрофические, атрофические и особые формы.
- В категорию «особые формы» попали как морфологические термины (лимфоцитарный, гранулематозный, эозинофильный), так и этиологические (химический, радиационный, инфекционный).
- Атрофические гастриты подразделяют на аутоиммунные и мультифокальные.



Острый гастрит

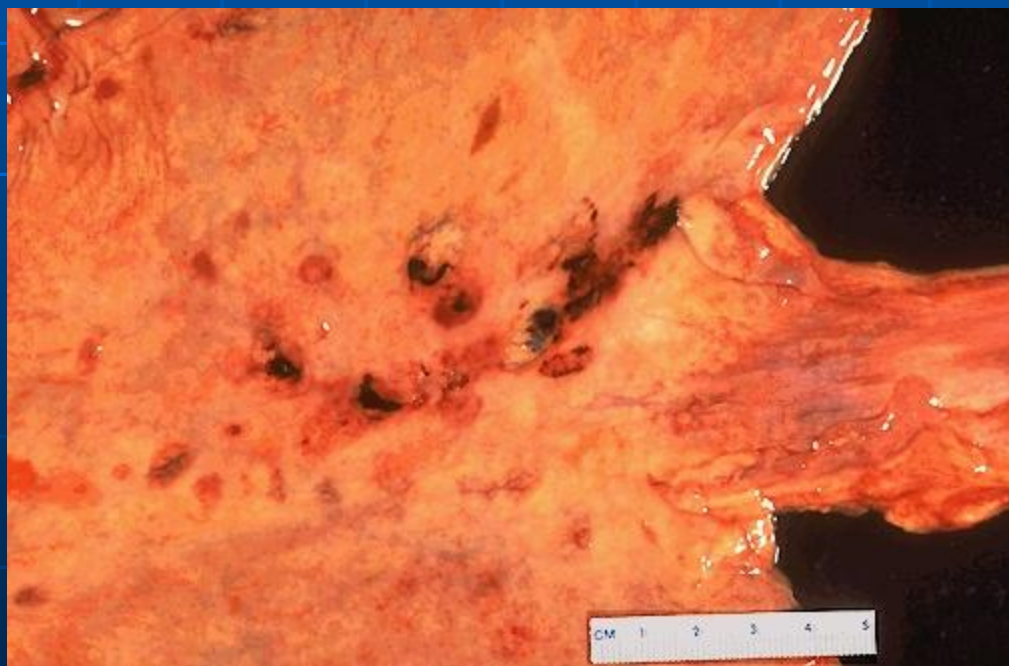
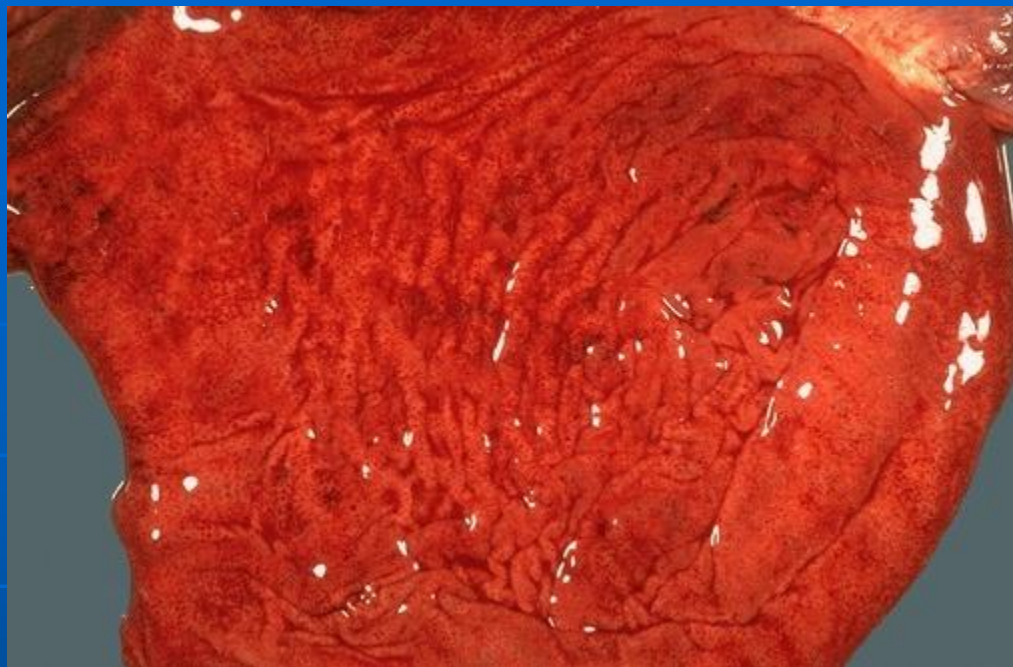
- ***Острый гастрит*** — это кратковременное заболевание, которое в зависимости от тяжести течения протекает чаще всего бессимптомно, реже сопровождается болями в эпигастрии, тошнотой, рвотой, иногда с различными признаками желудочного кровотечения.

Причины острого гастрита и острой язвы желудка

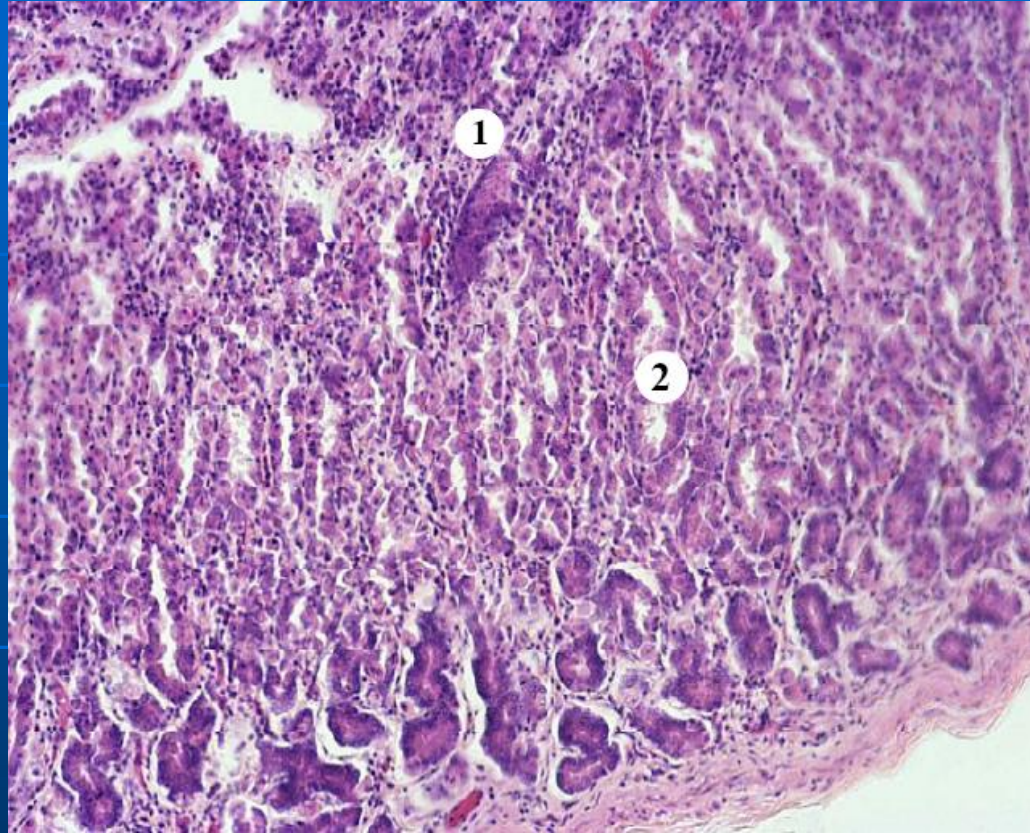
- *Причины острого гастрита разнообразны: недоброкачественная пища, обильное употребление нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) (аспирин); избыточное употребление алкоголя; интенсивное курение; использование противоопухолевых химиопрепаратов; уремия; системные инфекции (например, сальмонеллез);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

Классификация.

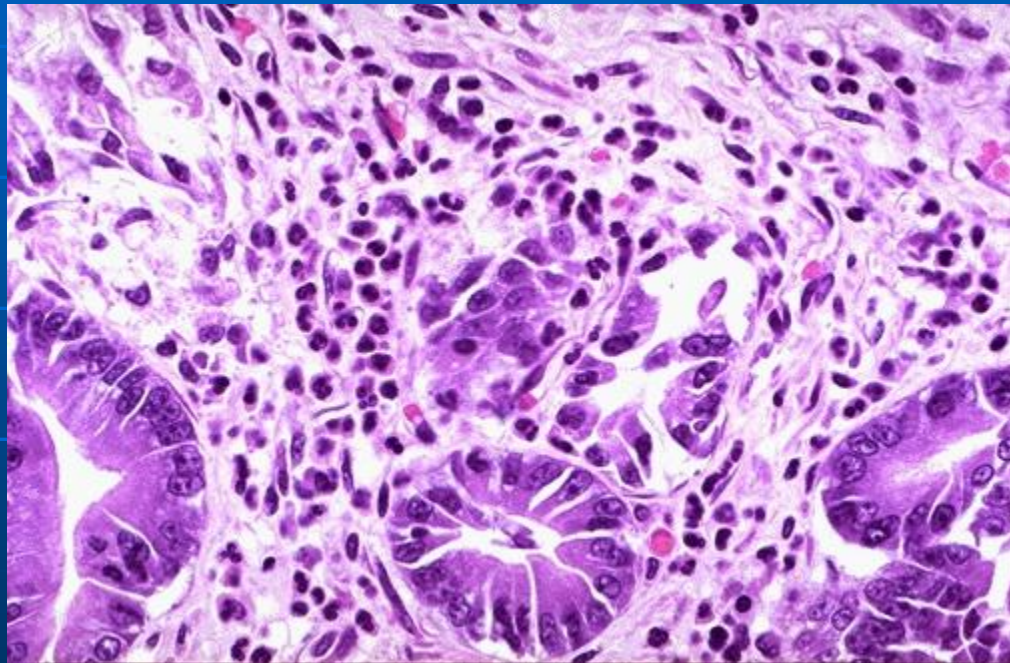
- Катаральный гастрит.
- Гнойный (флегмонозный) гастрит.
- Некротический гастрит.



Острый катаральный гастрит

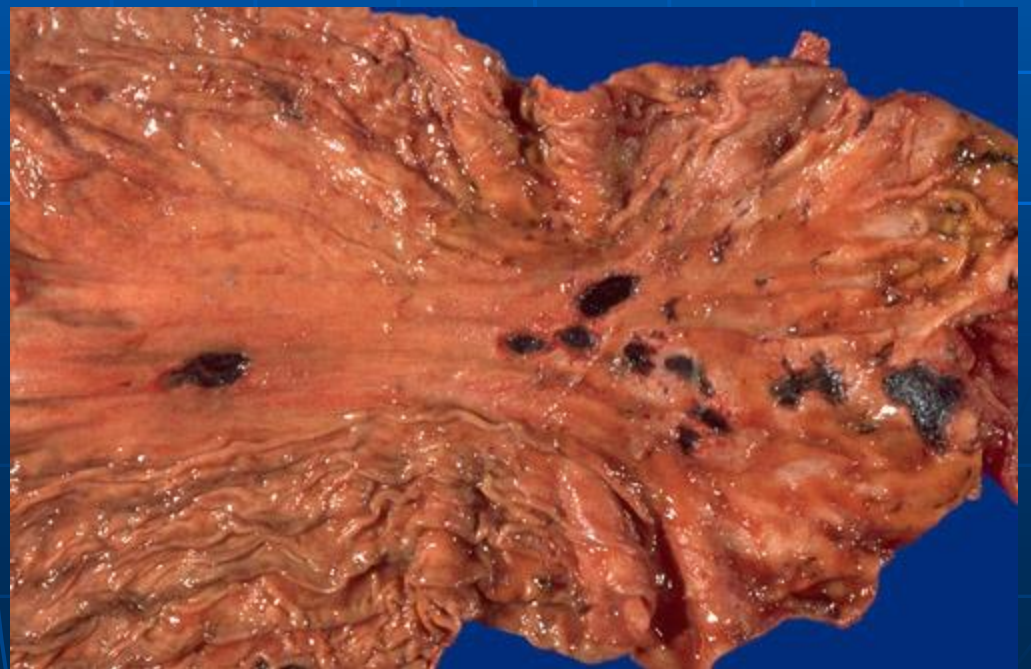


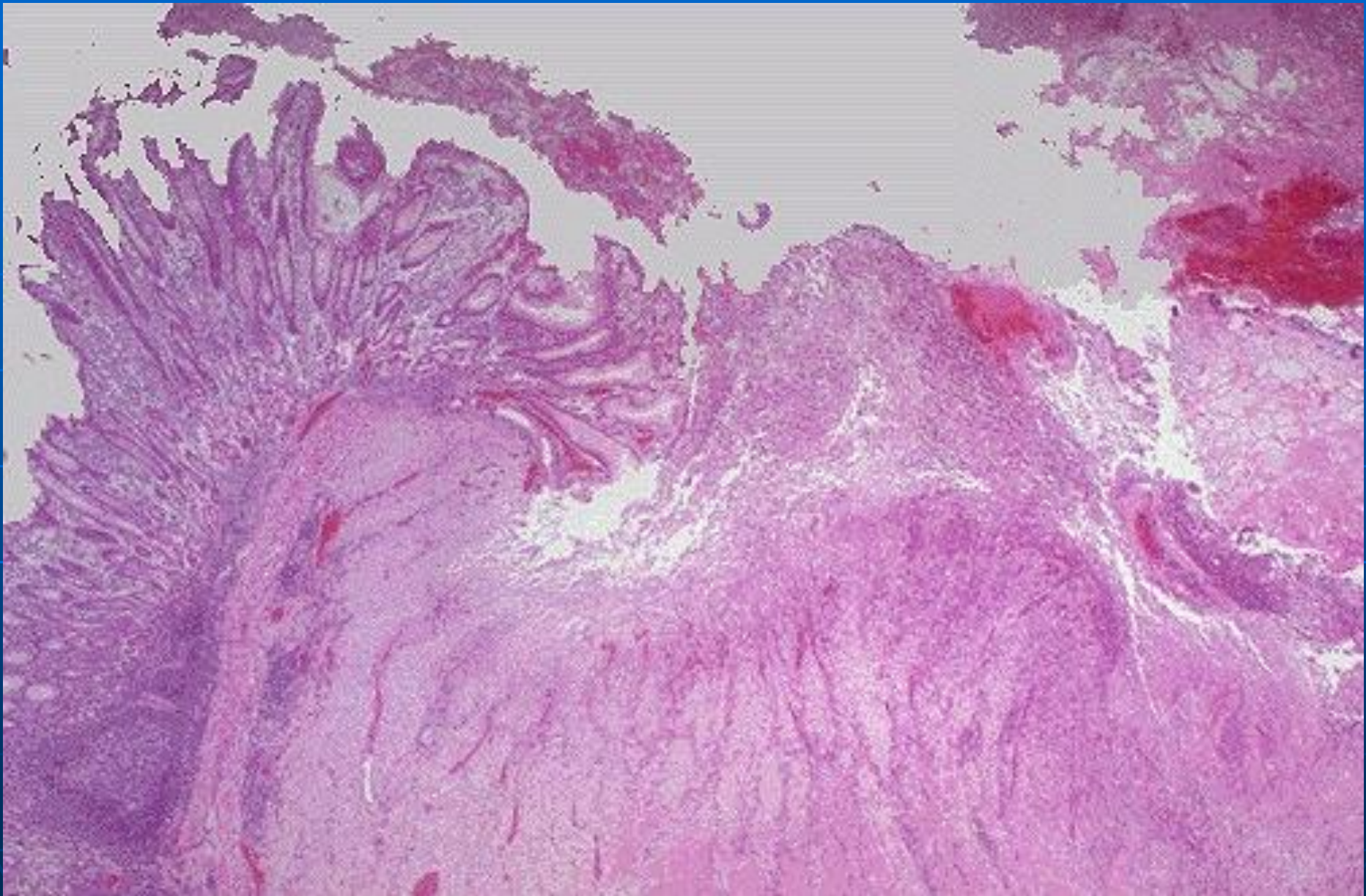
Покровный эпителий частично некротизирован и слущен (1). Собственная пластинка слизистой оболочки в поверхностных отделах полнокровна, с диапедезными кровоизлияниями, инфильтрирована лимфоцитами, макрофагами, нейтрофилами (2).

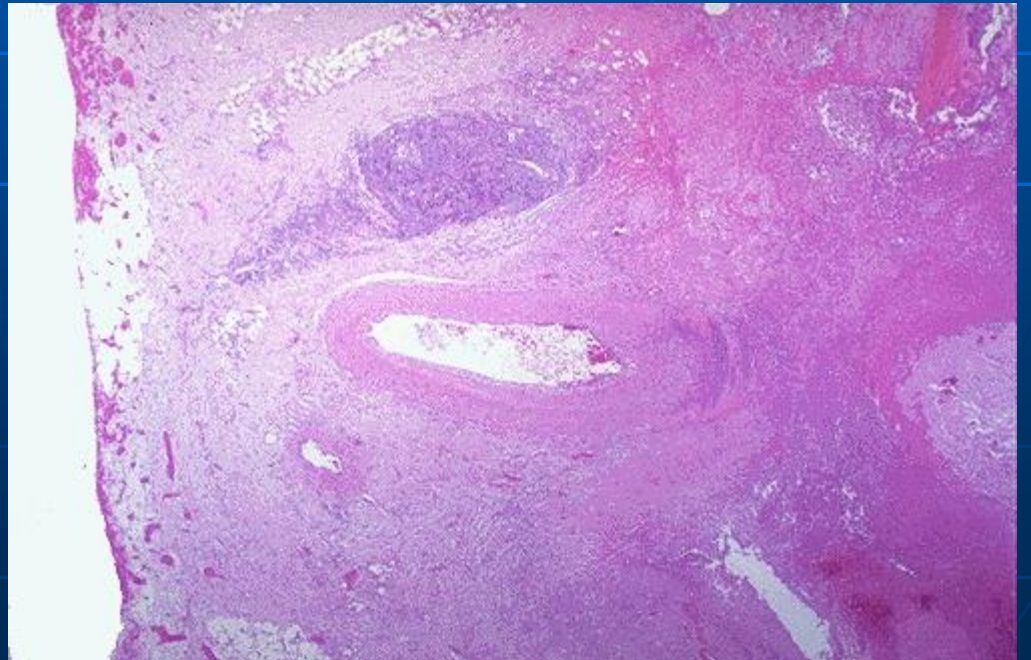
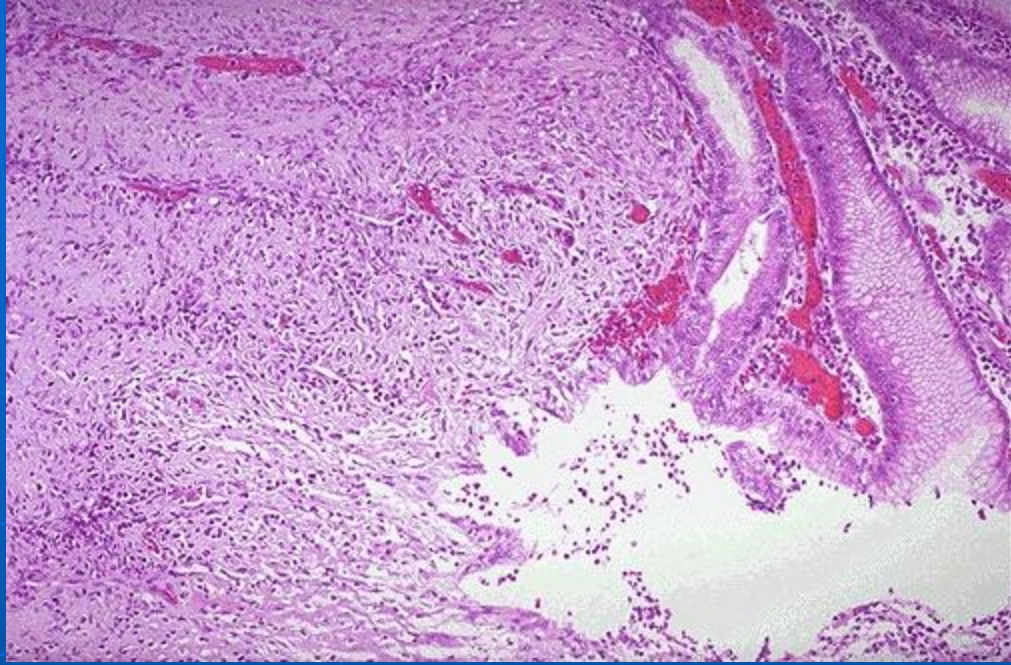


Эрозии

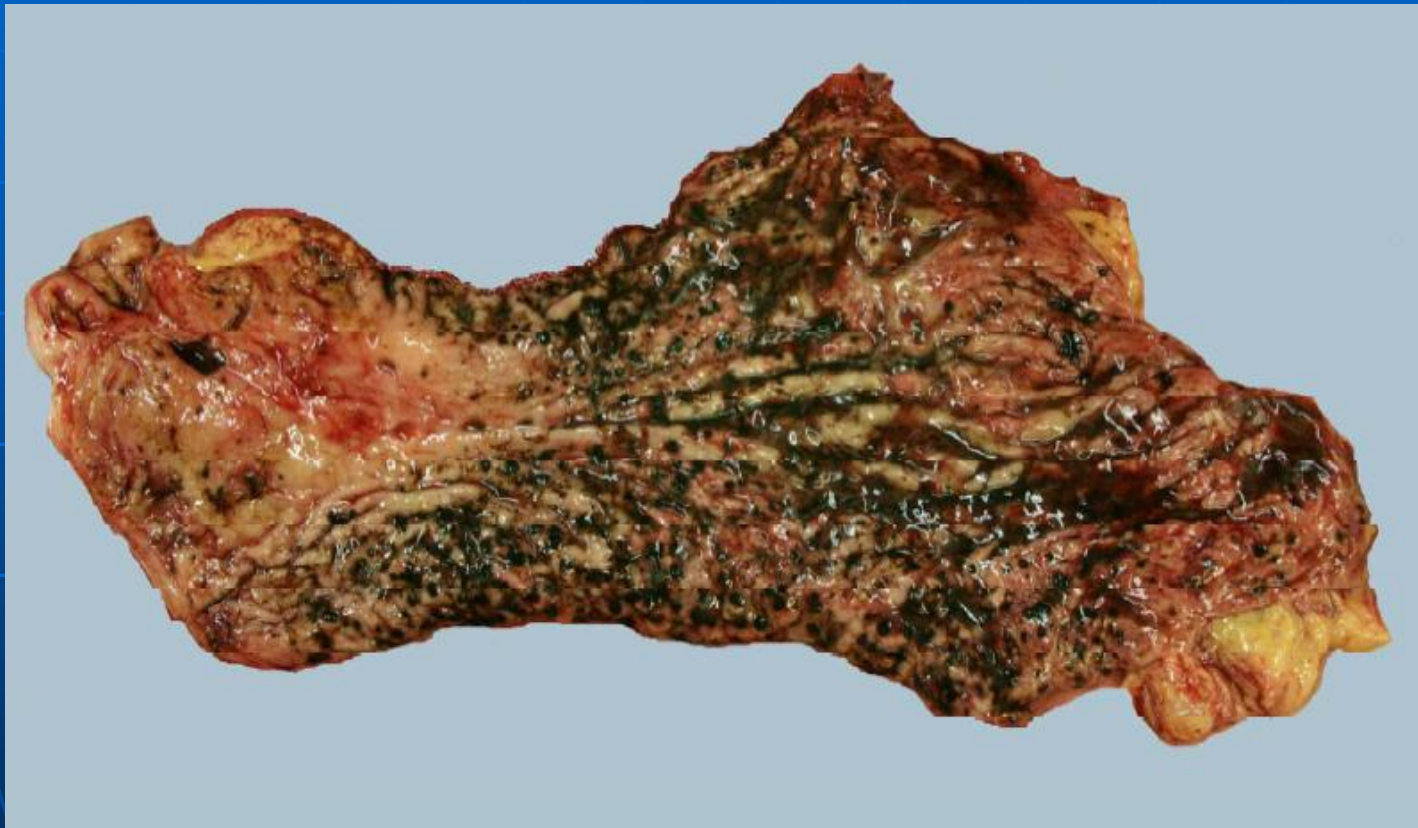
- **Эрозии** — это поверхностные дефекты слизистой оболочки, обычно не проникающие за ее мышечную пластинку. Как правило, внешне они небольшие, образуются в результате некроза участка слизистой оболочки, имбибиции некротических масс кровью, а затем отторжения некротических масс с образованием многочисленных конической формы дефектов с черными краями и дном.





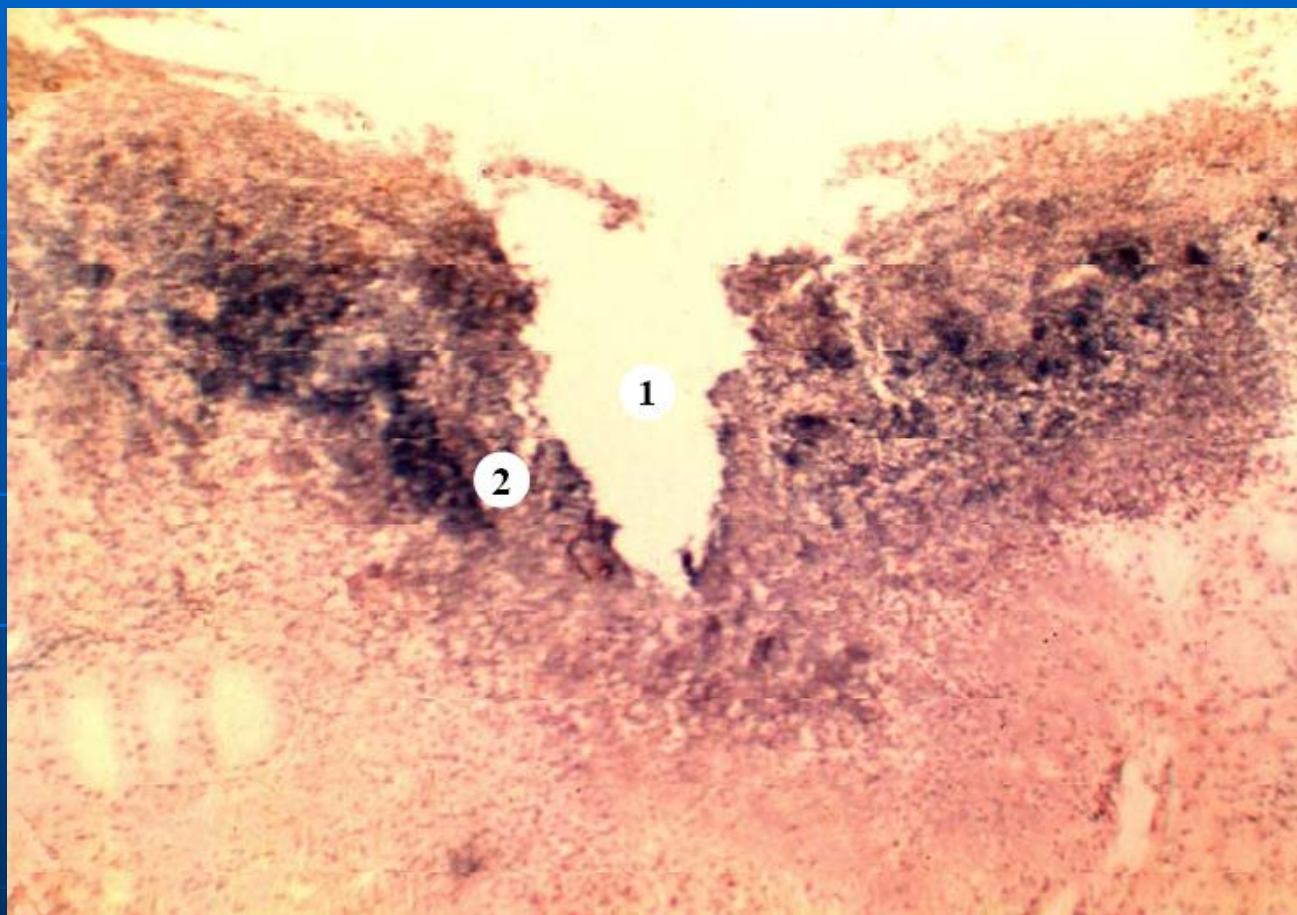


Множественные эрозии и язвы желудка



В слизистой оболочке желудка видны дефекты различного размера, дно которых окрашено солянокислым гематином в черно-бурый цвет.

Острая язва желудка



Фокус некроза захватывает слизистую и частично подслизистую оболочку желудка. Виден дефект клиновидной формы (1). Вокруг фокуса некроза – лейкоцитарный инфильтрат (2).

Хронический гастрит.

- Хронический гастрит широко распространен. Полагают, что 53%, т.е. половина населения земного шара страдает хроническим гастритом.
- В РФ статистических данных относительно распространенности хронического гастрита нет. В странах с развитой статистикой хронический гастрит фиксируется у 80-90% больных, причем атрофический гастрит встречается в 5% случаев - у лиц моложе 30 лет, в 30% случаев у лиц в возрасте от 31 до 50 лет и в 50-70% случаев - у лиц старше 50 ЛЕТ (Минушкин О.Н., Зверков И.В. Хронический гастрит // Лечащий врач. - 2003. - № 5. - с. 24-31).

- Заболевание характеризуется хроническим воспалением слизистой оболочки желудка, нарушением регенерации эпителия с морфо-функциональной его перестройкой, склонностью к прогрессированию, развитием атрофии и секреторной недостаточности, лежащими в основе расстройств пищеварения. Ведущим признаком гастрита (наряду с воспалительными и дистрофическими процессами) является дисрегенерация — нарушение клеточного обновления эпителия желудка.

Этиология.

В развитии гастрита основную роль играют экзогенные и эндогенные факторы.

Классификация

- Аутоиммунный гастрит типа А
- Гастрит типа В.
- Рефлюкс гастрит или гастрит типа С

Рабочая классификация хронических гастритов

По этиологическому фактору:

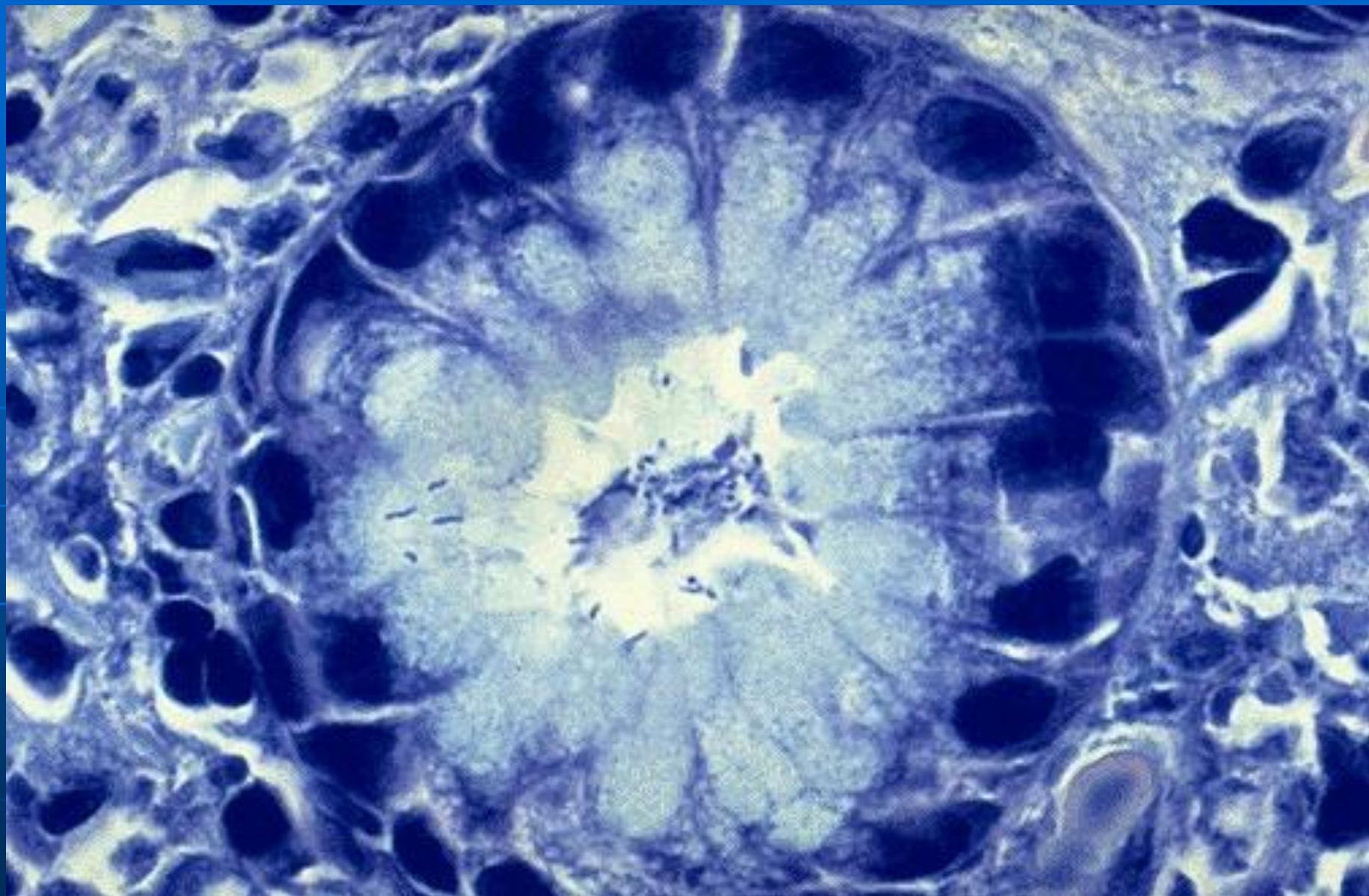
- Инфекционные факторы (Hr, другие бактерии, кроме Hr, грибы, паразиты).
- Неинфекционные факторы (аутоиммунные, алкогольный, постгастро-резекционный, воздействие желчи вследствие дуодено-гастральных рефлюксов, воздействие нестероидных противовоспалительных препаратов, воздействие химических агентов, воздействие радиации, нарушение питания, пищевая аллергия и др.).
- Неизвестные факторы.

По эндоскопической картине:

- Поверхностный (эритематозный/экссудативный) гастрит.
- Эрозии.
- Атрофии.
- Метаплазия эпителия.
- Геморрагии.
- Гиперплазия слизистой.
- Наличие ДГР и др.

Гастрит типа В.

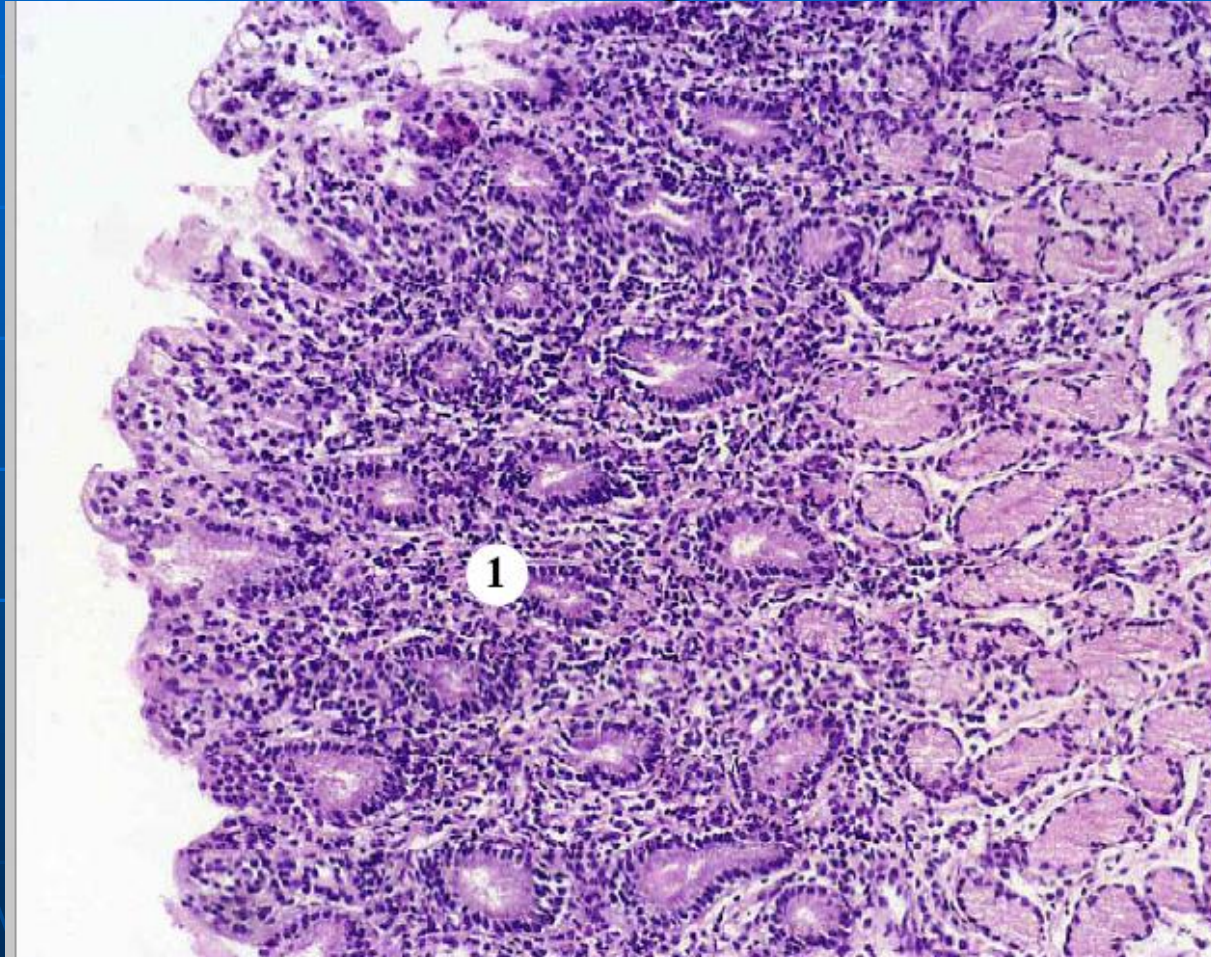
Участие *Нр* в патогенезе хронического гастрита происходит на всех стадиях взаимодействия "патоген-хозяин", т.е на всех стадиях развития инфекции: от первичного инфицирования и инициальной колонизации слизистой оболочки желудка до развития активного хронического воспаления.



Морфологические типы хронического гастрита.

- При составлении морфологической классификации хронического гастрита за основу выбран главный критерий — атрофия эпителия желудка. С учетом этого критерия из большого количества морфологических вариантов хронического гастрита в настоящее время оставлено лишь два: поверхностный (неатрофический) и атрофический гастрит. Хронический поверхностный гастрит.

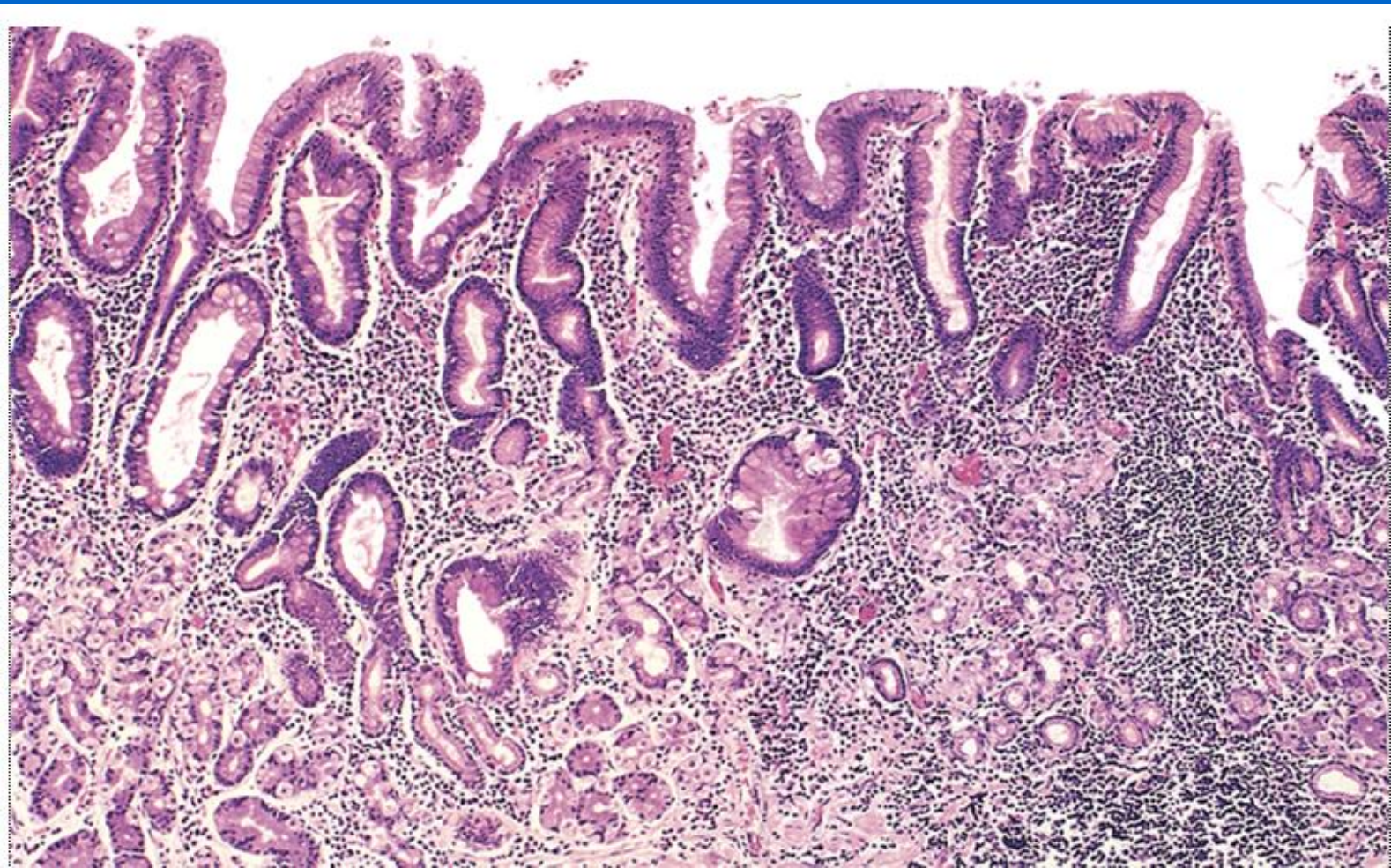
Хронический поверхностный гастрит



Слизистая оболочка тела желудка обычной толщины, фундальные железы сохранены. Поверхностный и покровно-ямочный эпителий местами слущен или атрофичен, в собственной пластинке слизистой оболочки на уровне ямок и валиков диффузный лимфомакрофагальный инфильтрат с единичными полиморфно-ядерными лейкоцитами (1).

Поверхностный гастрит

- характеризуется дистрофическими (с уплощением апикальных отделов клеток, где содержатся секреторные гранулы с нейтральными мукополисахаридами, и их трансформацией из цилиндрической формы в кубическую) и дисрегенераторными изменениями клеток поверхностного эпителия, наличием воспалительной инфильтрации собственной пластинки слизистой оболочки.



Хронический гастрит. Инфильтрат в собственной пластинке слизистой оболочки состоит из лимфоцитов и плазматических клеток.

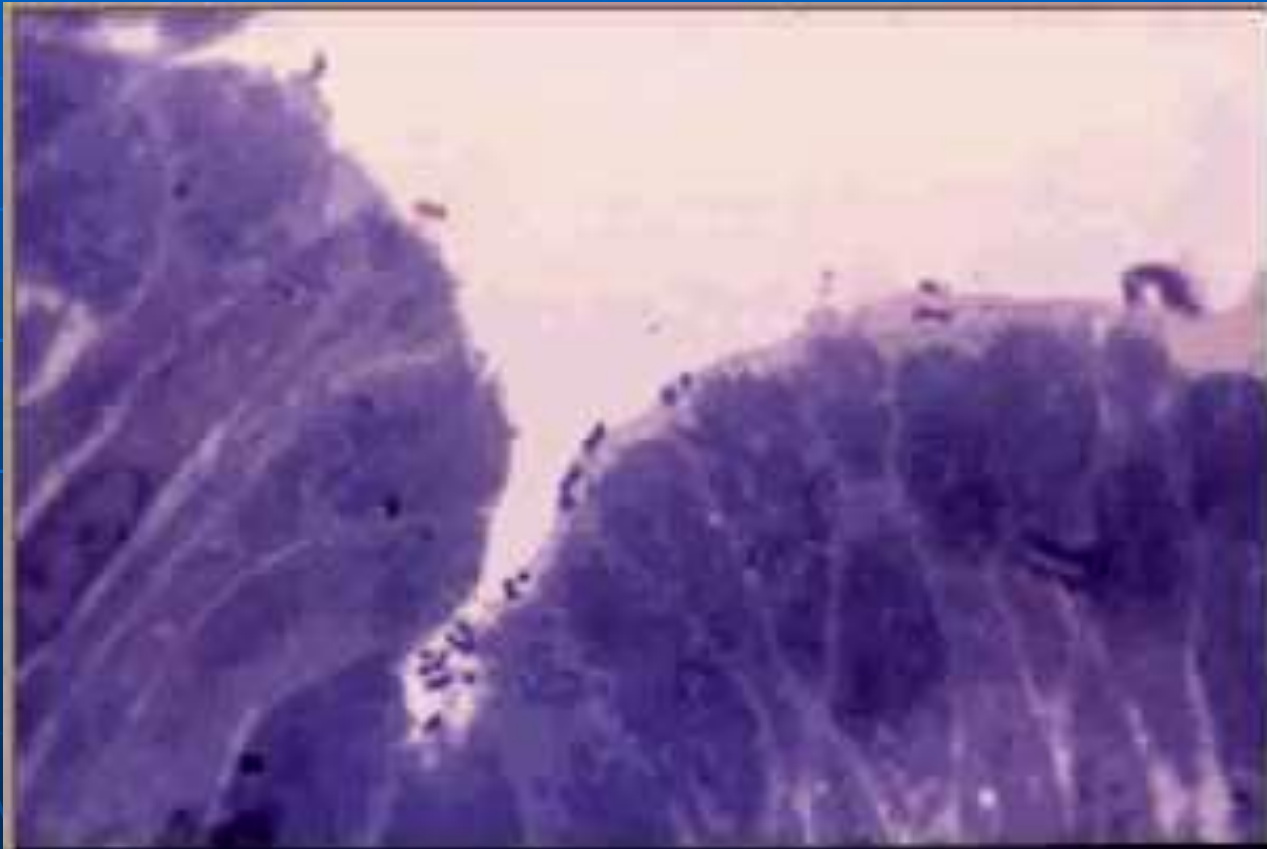
Язвенная болезнь.

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

Общие факторы

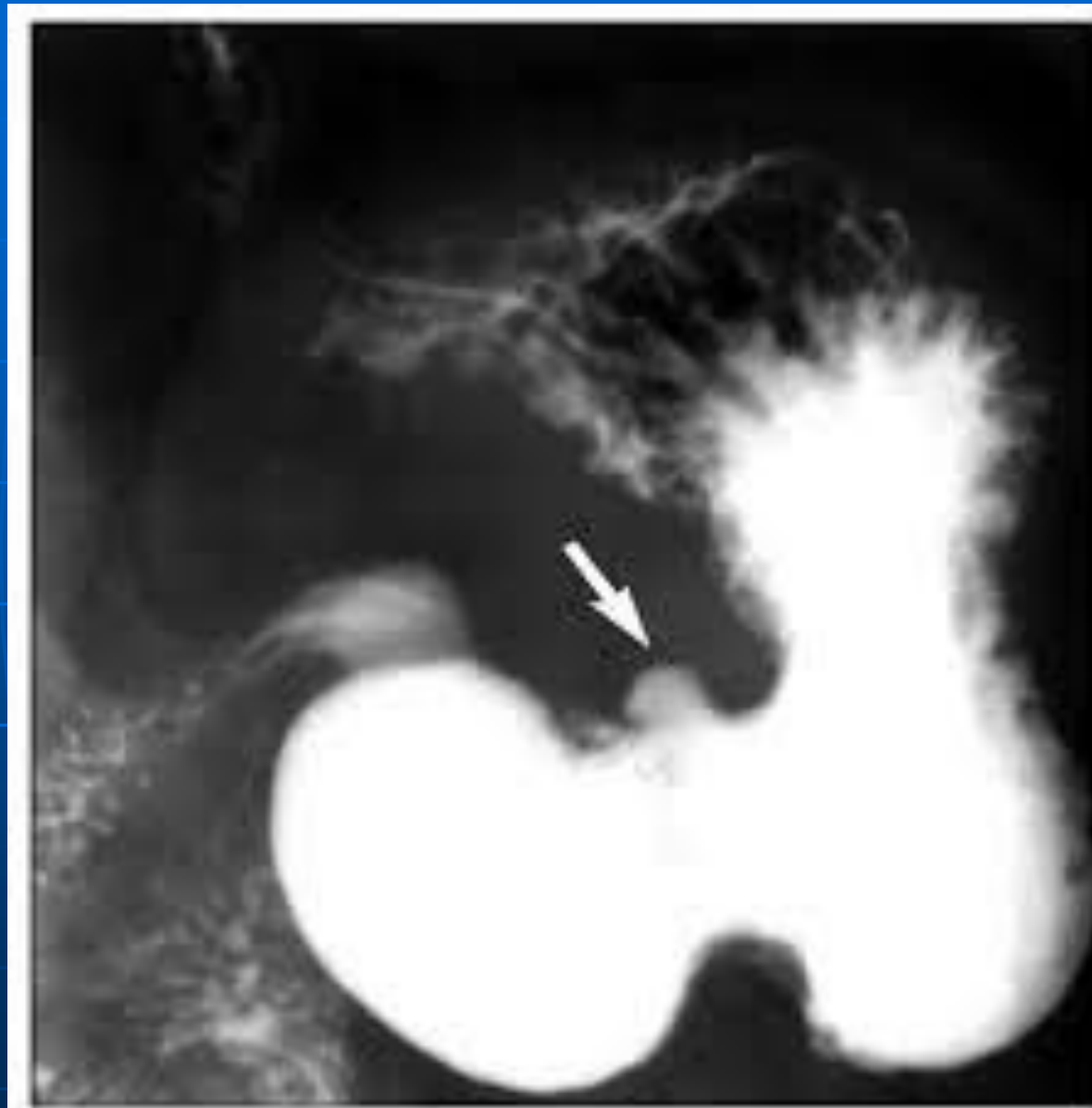
- *Общие факторы* — это те или иные нарушения нервной и гормональной регуляции деятельности гастродуоденальной системы, к *местным факторам* патогенеза относят различные нарушения соотношений между факторами агрессии желудочного сока и факторами защиты слизистой оболочки желудка.

Окр. Толуидиновый синий – *H. pylori*

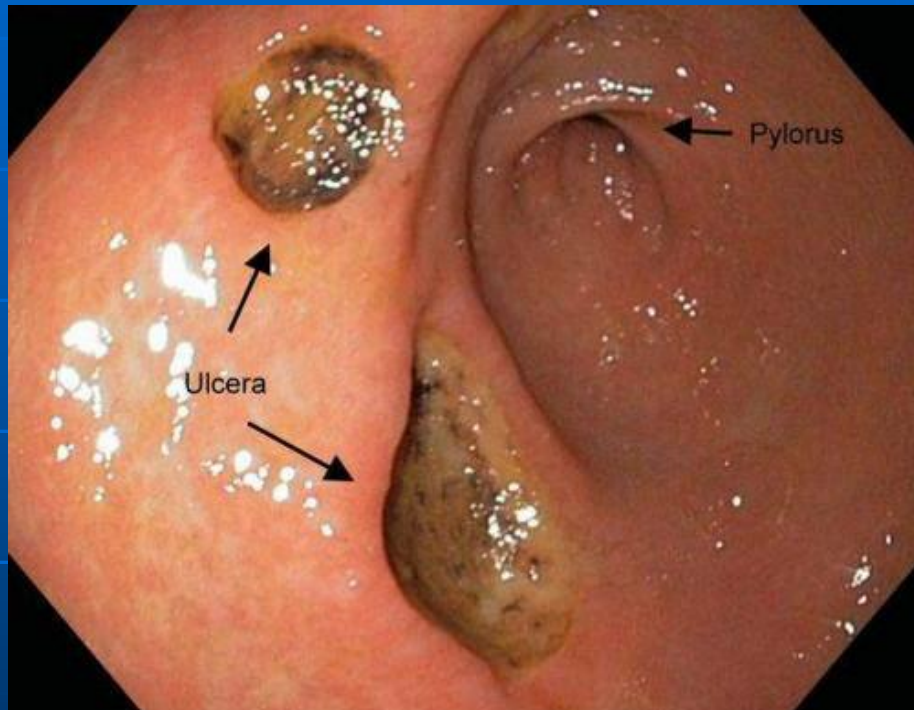


Хроническая язва желудка

- *Хроническая язва желудка* обычно единичная (изредка бывает по две и еще реже — три язвы). Язва имеет овальную или округлую форму (*ulcus rotundum*) и разные размеры — от нескольких миллиметров до 5—6 сантиметров. Она проникает в стенку на различную глубину, доходя иногда до серозной оболочки. Дно язвы может быть гладким и шероховатым, края приподняты, плотные, оmozолелые (каллезная язва). При этом кардиальный край язвы подрыв, а край, обращенный к привратнику, пологий, иногда имеет вид террасы. Подобная конфигурация обусловлена постоянным смещением краев при перистальтике желудка.



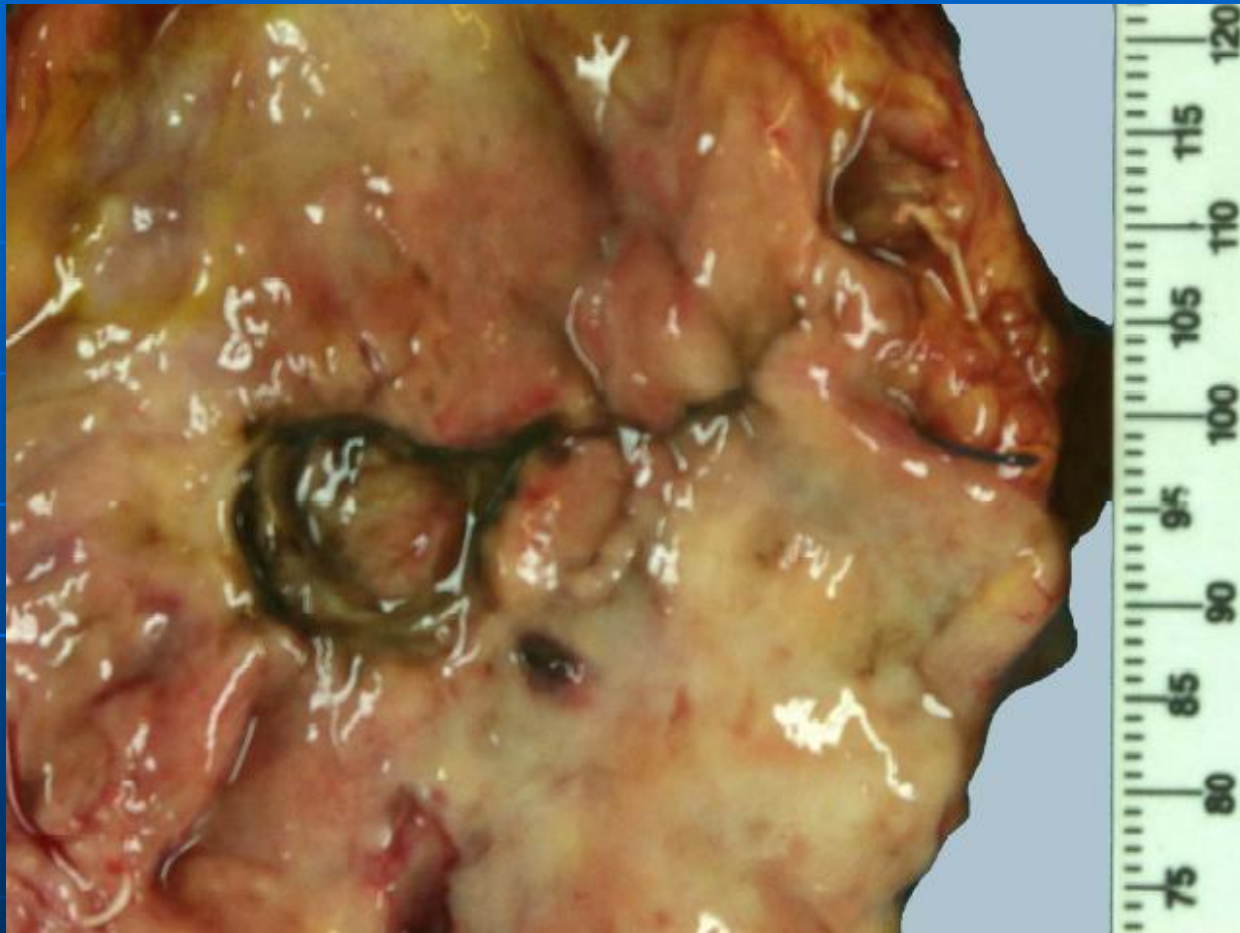
Хроническая язва желудка



Хроническая язва желудка



Хроническая язва желудка



На малой кривизне желудка виден глубокий дефект стенки желудка, проникающий до серозной оболочки, овальной формы, с приподнятыми краями. Край, обращенный к привратнику, пологий, имеет вид террасы образованной слизистой, подслизистой и мышечной оболочками. Край, обращенный к пищеводу, подрыв. В дне язвы некротизированный детрит буро-коричневого цвета. Складки слизистой оболочки желудка сглажены, лучами сходятся к язвенному дефекту (конвергенция складок).

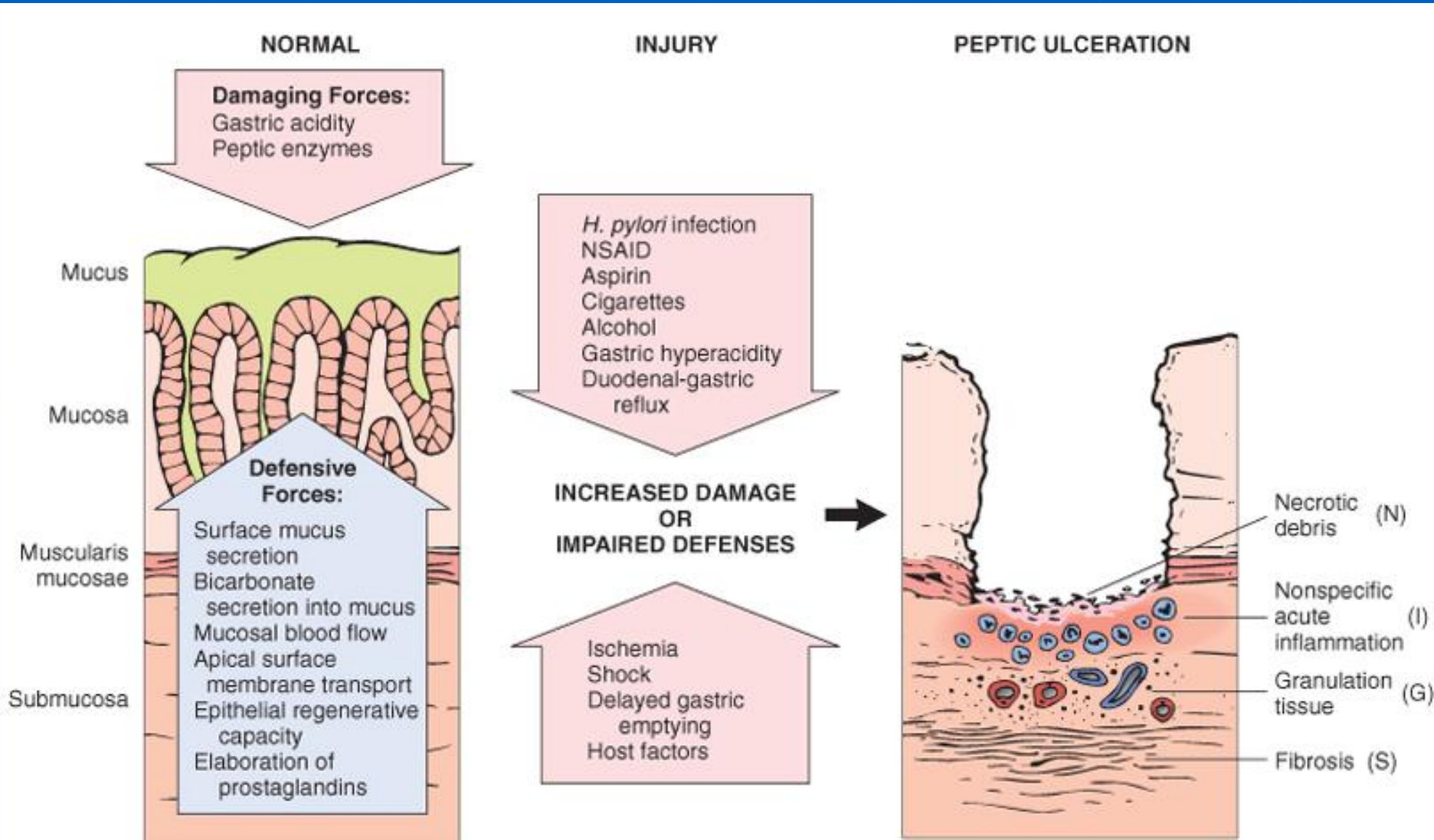
Микроскопическая картина

- Микроскопическая картина хронической язвы желудка зависит от стадии течения заболевания. В период ремиссии в дне язвы видна рубцовая ткань, которая вытесняет мышечную оболочку стенки желудка на ту или иную глубину. Среди рубцовой ткани видны одиночные сосуды со склерозированными стенками и суженным (иногда облитерированным) просветом, иногда встречаются разрастания нервных волокон, напоминающие ампутационные невромы. С поверхности рубцовая ткань в период ремиссии чаще всего покрыта слизистой оболочкой, последняя обычно отсутствует при крупных язвах. В краях язвы обычно развивается хронический параульцерозный гастрит с явлениями гиперплазии эпителия.

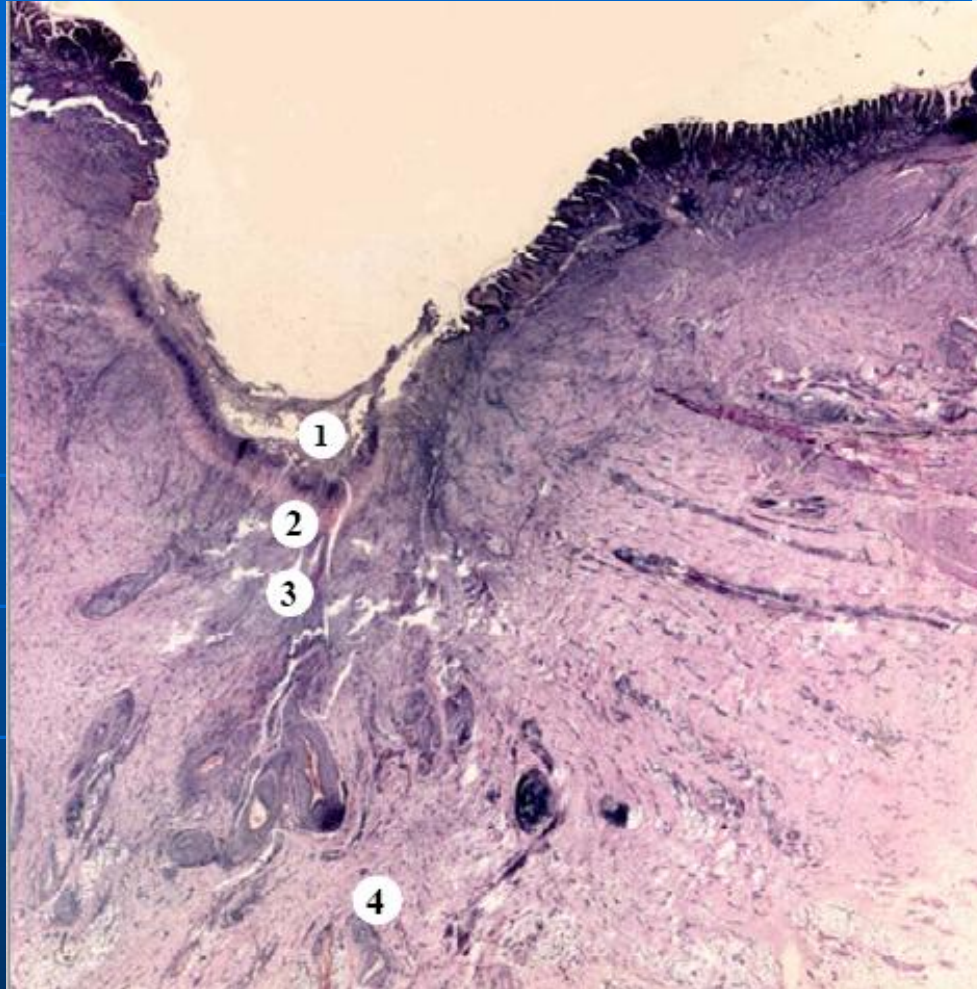
период обострения

- Картина дна язвы кардинально меняется, т.к. в области дна и краев появляется широкая зона фибриноидного некроза, которая прикрыта сверху фибринозно-гнойным экссудатом, а снизу зону некроза обрамляет грануляционная ткань с большим числом полнокровных тонкостенных сосудов и клеток, среди которых много полиморфно-ядерных лейкоцитов. Глубже всех в дне язвы располагается зона грубоволокнистой рубцовой ткани.

Отягчающие причины и механизмы защиты в пептической язве. Справа показана неперфорированная язва, некроз (N), воспаление (I), грануляционная ткань (G), фиброз (S).



Хроническая язва желудка



Дефект стенки желудка, который захватывает слизистую, подслизистую и мышечную оболочки. Около дефекта один край слизистой оболочки подрыт, другой – пологий. В дне дефекта различают 4 слоя (от просвета к серозной оболочке): 1 – фибринозно-гнойный экссудат (фибрин, нейтрофилы, примесь некротизированной ткани); 2 – фибриноидный некроз; 3 – грануляционная ткань; 4 – рубцовая ткань. Мышечная оболочка в дне не определяется, виден ее обрыв на границе язвенного дефекта. В слизистой оболочке около язвы – картина хронического атрофического гастрита.

Заживление язвы

- *Заживление язвы* начинается с постепенного очищения дна язвы от некротических масс и рассасывания экссудата. Зону некроза прорастает грануляционная ткань, которая постепенно созревает в грубоволокнистую рубцовую ткань.

Осложнения пептической язвы.

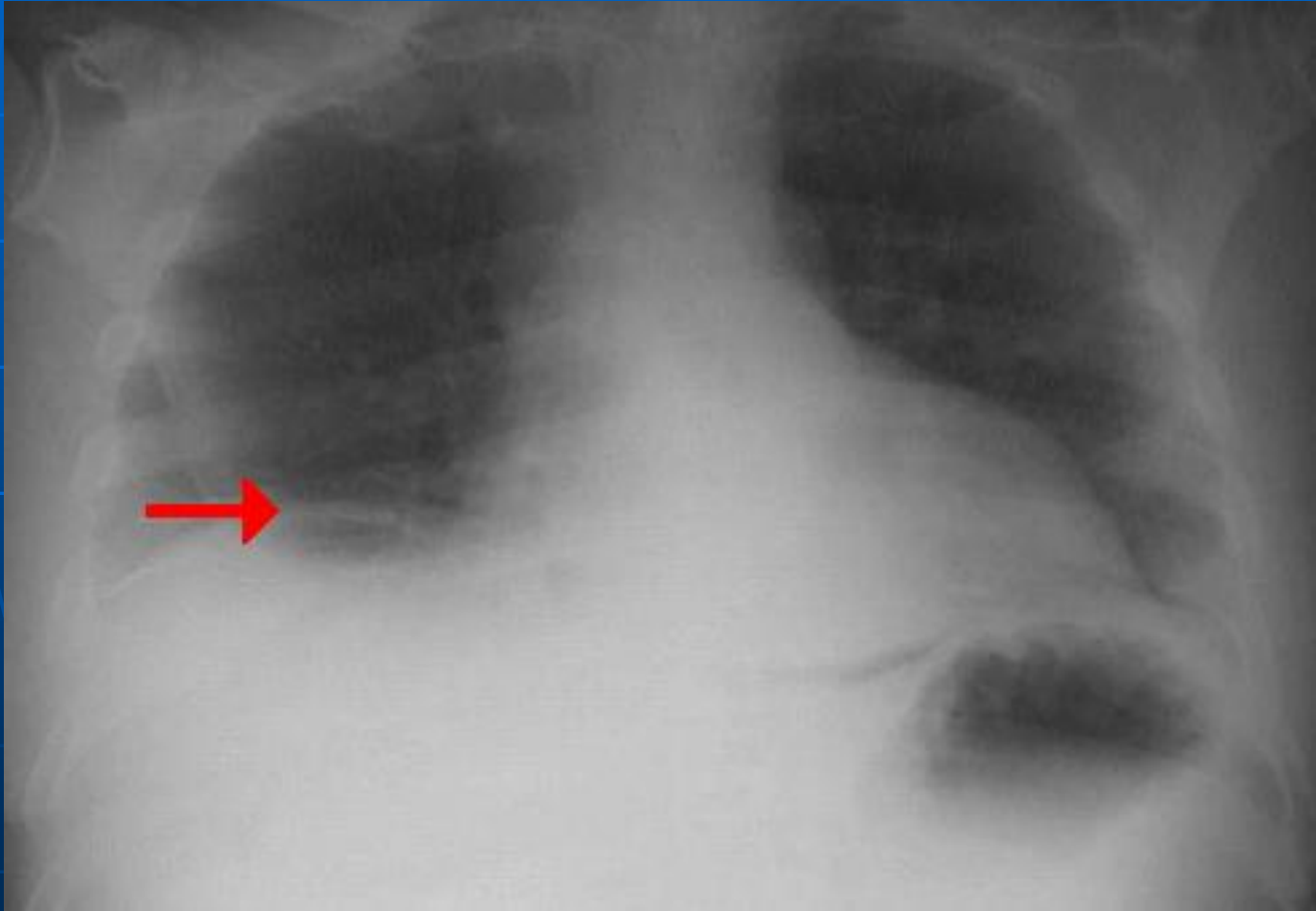
- деструктивного характера (перфорация язвы, кровотечение, пенетрация);
- воспалительные (гастрит, перигастрит, дуоденит, перидуоденит);
- рубцовые (стеноз входного и выходного отверстий желудка, стеноз и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, деформация желудка).



Хроническая язва 12п. кишки

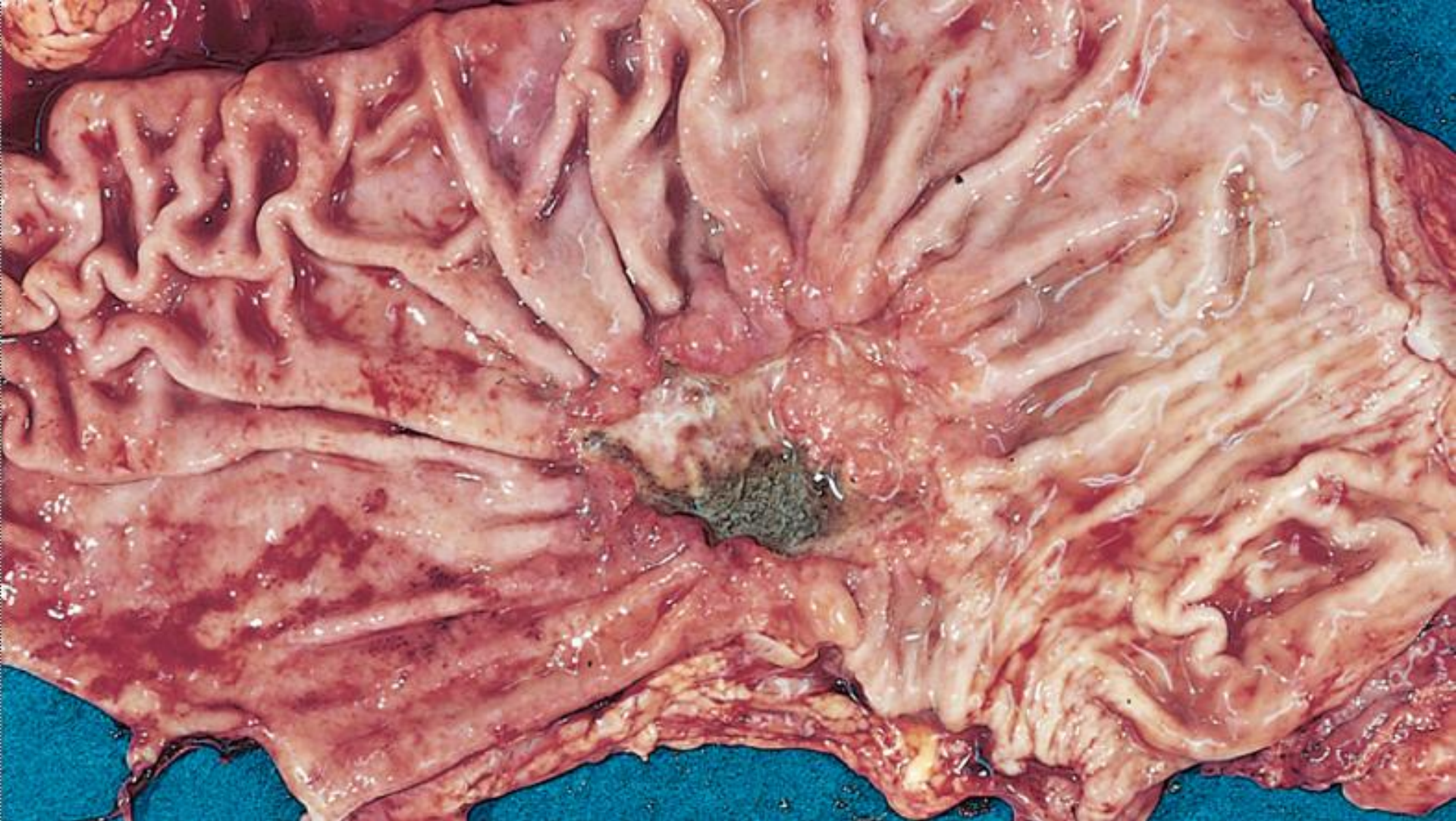


Хроническая язва 12п. Кишки, перфорация



Перитонит





Язвенная форма рака желудка. Имеется язвенный дефект больших размеров, неправильной формы с утолщенными приподнятыми краями. Имеется значительное углубление слизистой оболочки с центральной областью серого цвета — область некроза.

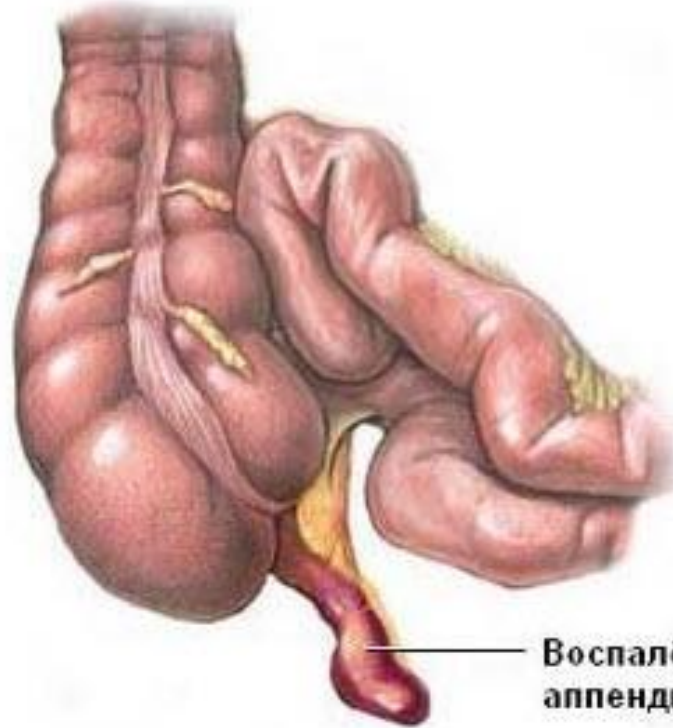
Аппендицит

- Аппендицит – первичное воспаление червеобразного отростка слепой кишки со своеобразным клиническим синдромом. Поэтому не всякое воспаление червеобразного отростка в клинико-анатомическом плане следует рассматривать как аппендицит (например, при распространении воспалительного процесса со стороны рядом расположенных органов, при его туберкулезном поражении и др.)

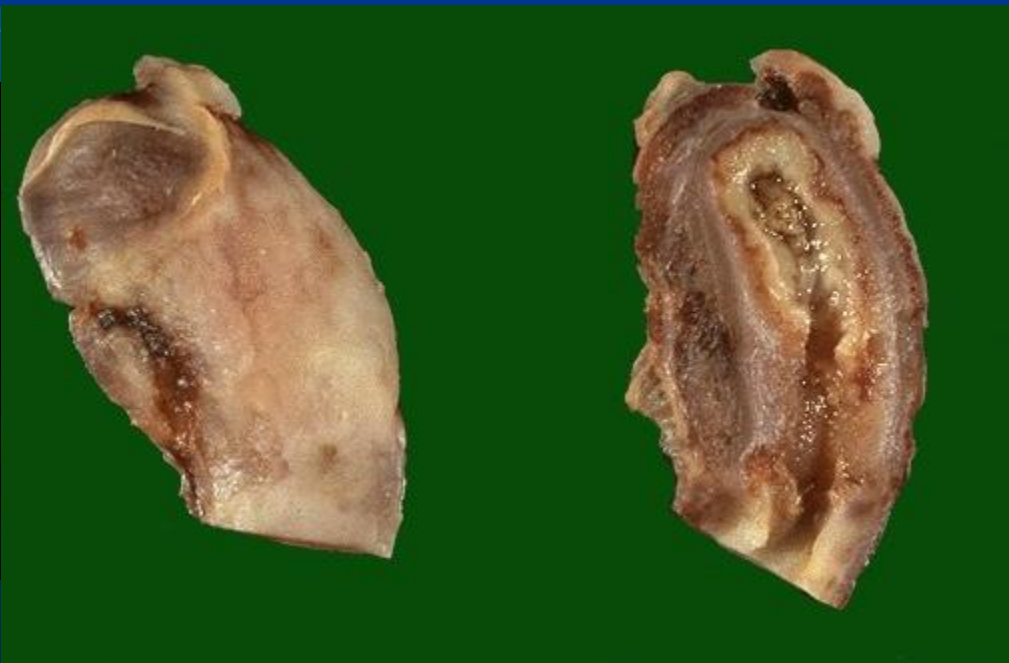


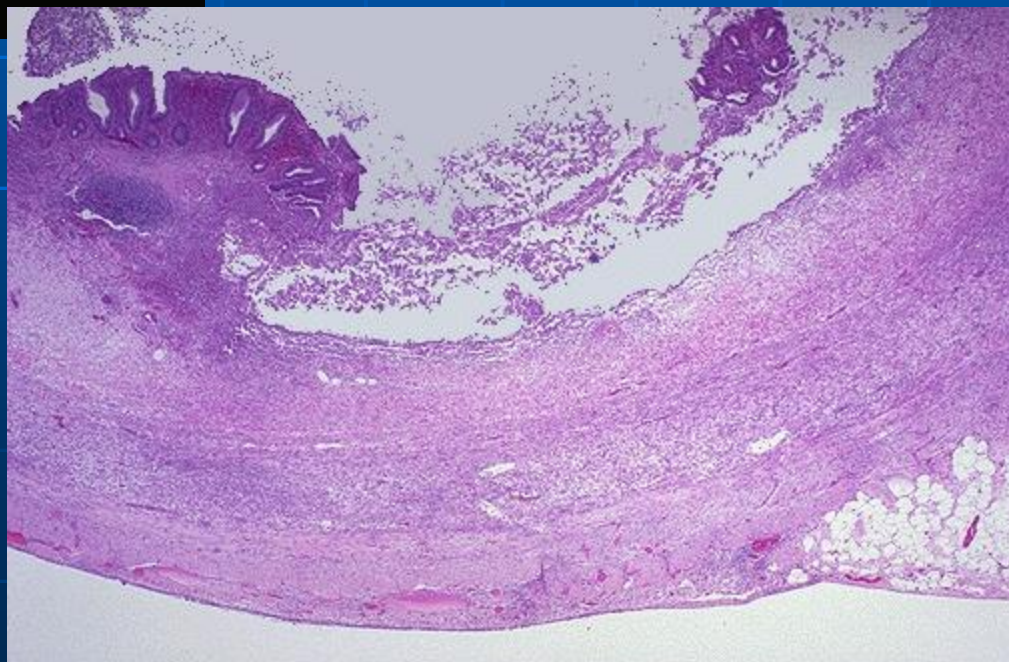
Острый аппендицит

- Макроскопически воспаленный аппендикс выглядит отечным и красным, его поверхность часто покрыта фибринозно-гнойным экссудатом. Острое воспаление слизистой оболочки приводит к образованию язв и воспалению мышечного слоя – это флегмонозно-язвенный аппендицит.



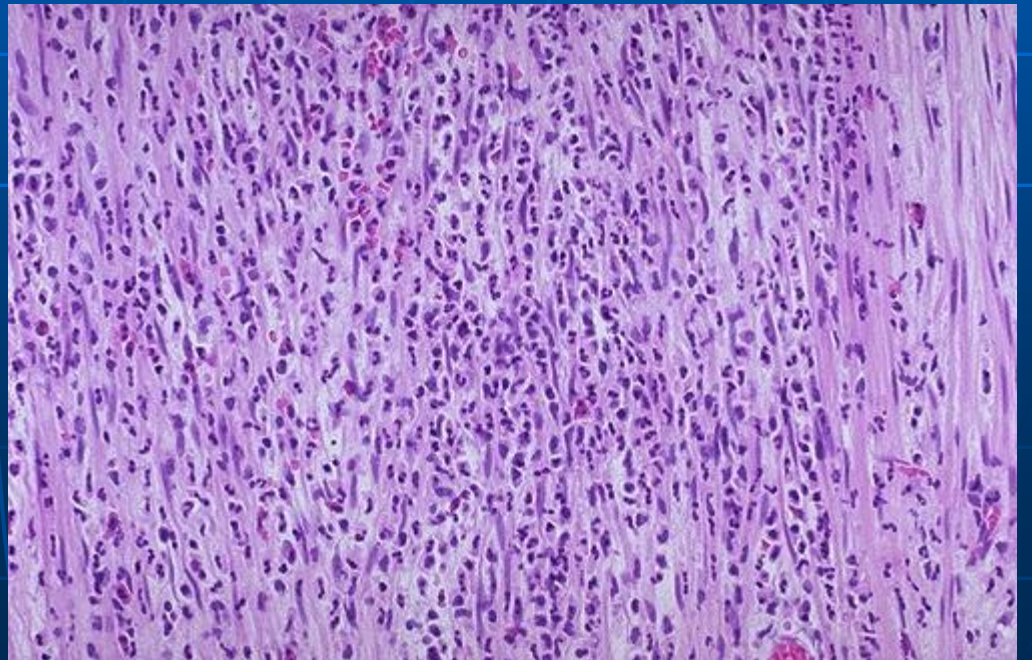
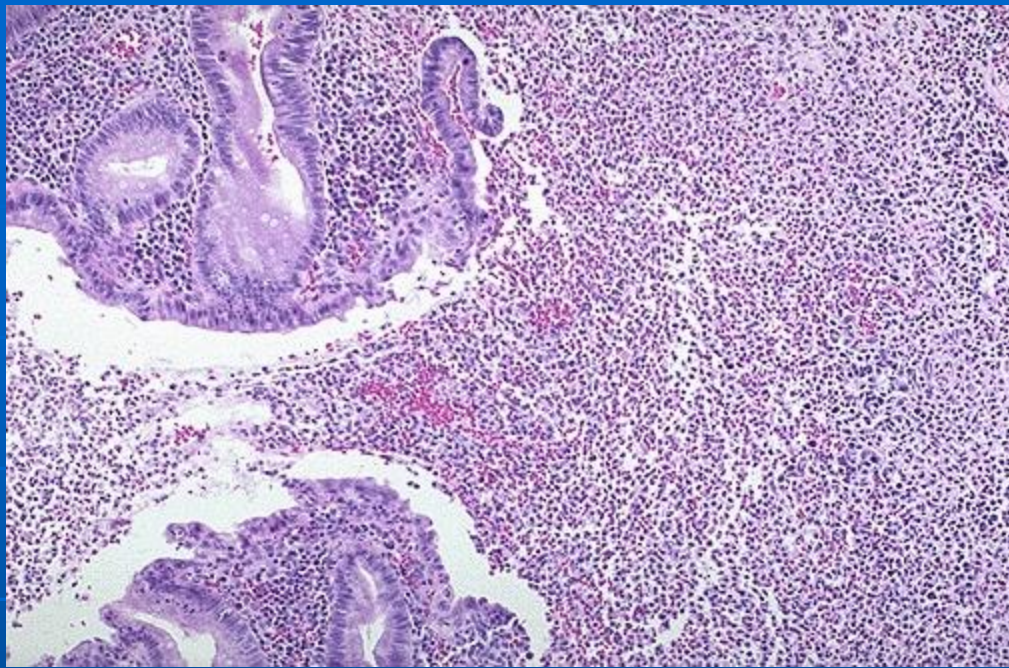
Воспалённый
аппендикс





Острый аппендицит

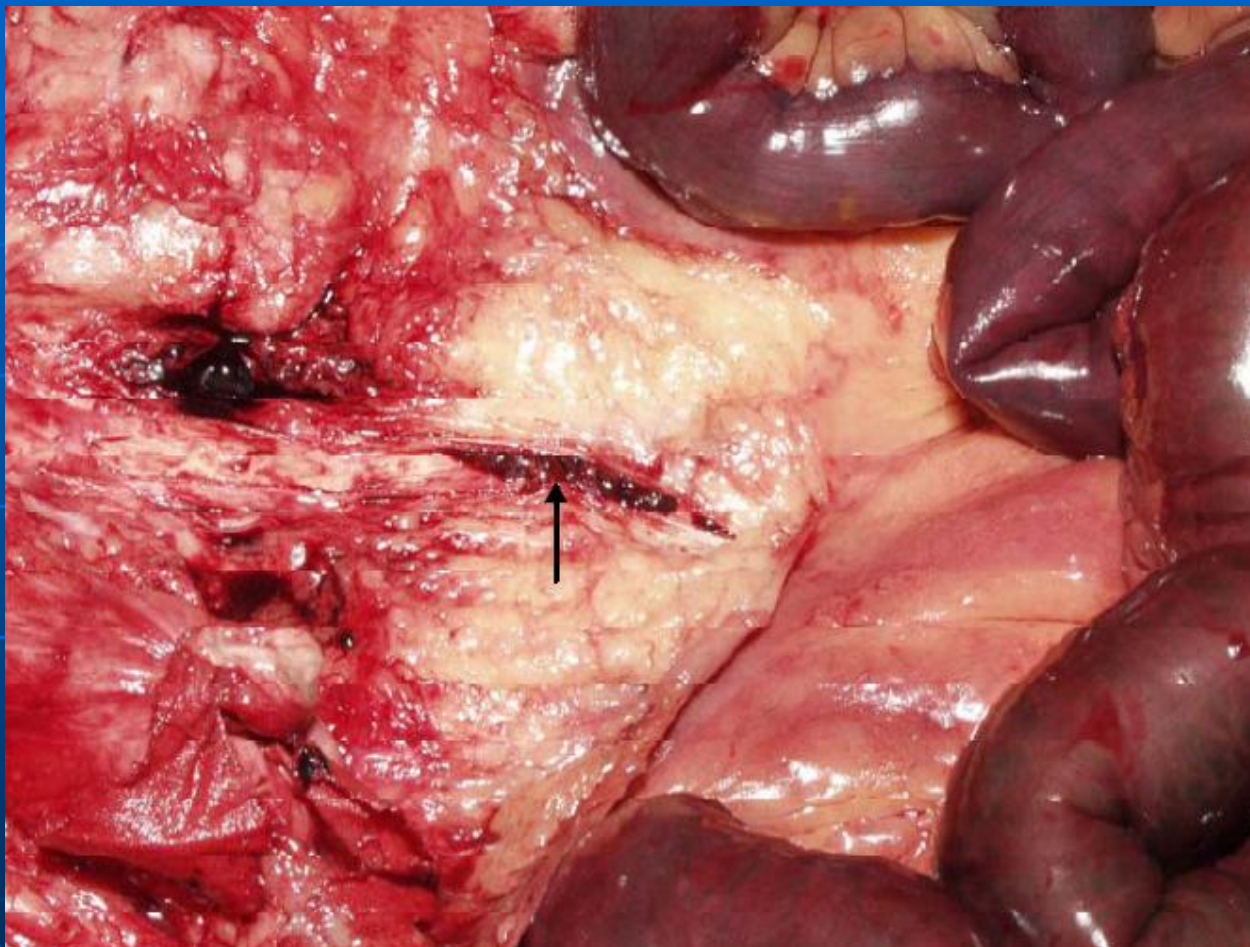
- Микроскопически имеют место обширные очаги некроза с колониями микробов, кровоизлияния, тромбы в сосудах. Слизистая оболочка практически на всем протяжении десквамирована.



Осложнения.

- Местное распространение воспалительного процесса может привести к вовлечению периаппендикулярных тканей, что проявляется развитием "аппендикулярного инфильтрата" или абсцесса.
- В результате перфорации может развиваться перитонит, отдаленные абсцессы.
- Наблюдается распространение воспаления по венам, что приводит к развитию тромбофлебита портальной вены с формированием множественных пилефлебических абсцессов печени.

Гангрена кишки



Стенка кишки отечная, утолщенная, дряблой консистенции, черно-красного цвета.
Серозная оболочка тусклая, покрыта фибрином.
Тромбоз верхней брыжеечной артерии (стрелка).

БОЛЕЗНЬ КРОНА

- Хроническое воспаление и изъязвления при данном заболевании наиболее часто проявляется в терминальном отрезке тонкой кишки, однако могут поражаться все части пищеварительного тракта: от полости рта до прямой кишки. Также может поражаться кожа, наиболее часто – в перианальной зоне. Однако поражения вне кишечника встречаются очень редко. У 2/3 пациентов наблюдается поражение только тонкой кишки, у 1/6 – только толстой и у 1/6 толстой и тонкой кишок.

Болезнь Крона

- Болезнь Крона (синонимы: терминальный илеит, регионарный энтерит, гранулематозный энтерит) - мультисистемное заболевание со специфической клинической картиной, характеризующееся фокальным, асимметричным, трансмуральным гранулематозным воспалением, которое поражает прежде всего желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) от полости рта до заднего прохода, чаще терминальный отдел подвздошной кишки, но может проявляться также системными и внекишечными осложнениями, такими как поражения суставов (артриты или артралгии), кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), глаз (ирит, иридоциклит, увеит), слизистых оболочек (афтозный стоматит).

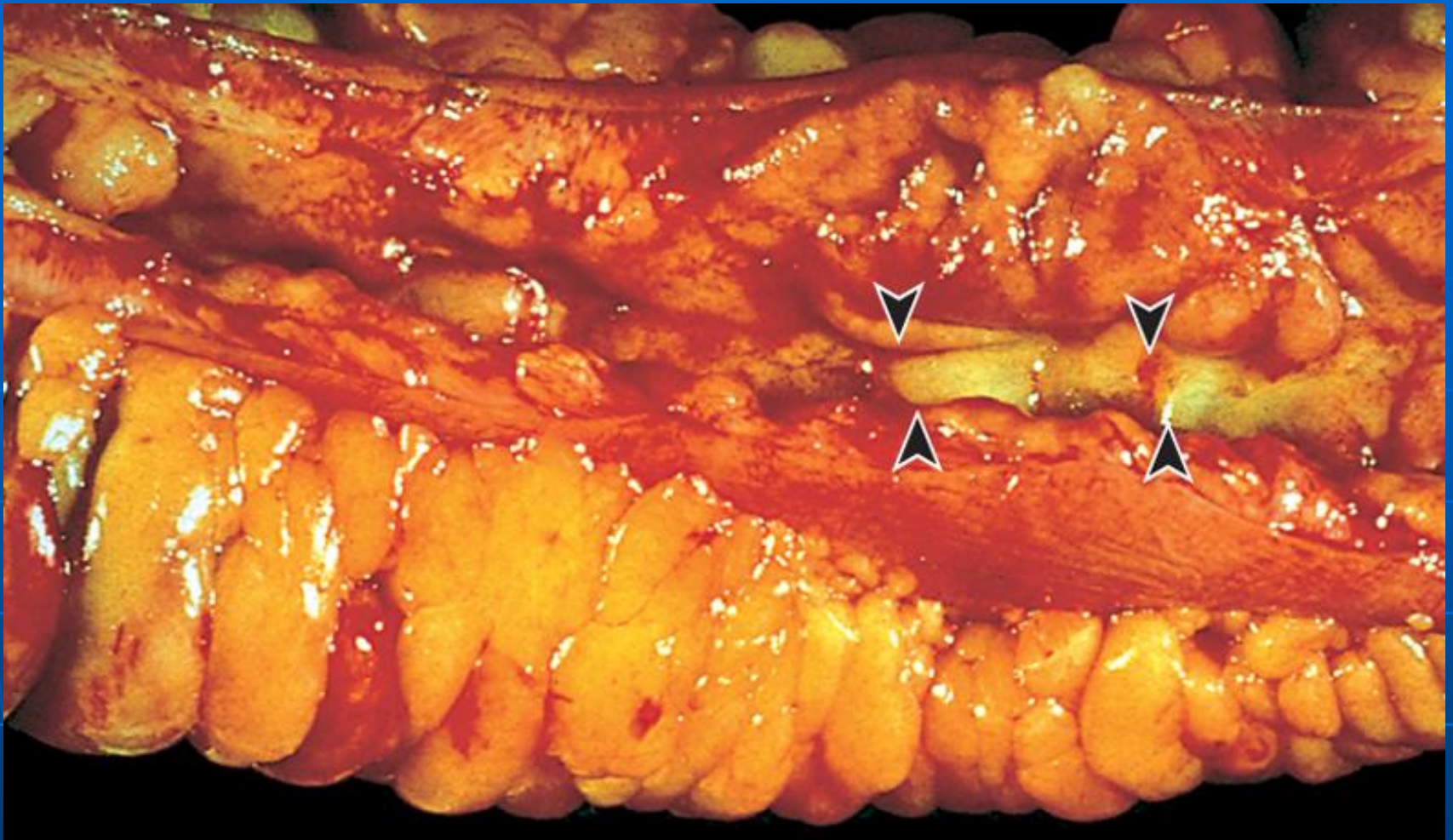
- Болезнь Крона относят к группе воспалительных заболеваний кишечника (идиопатических воспалительных заболеваний кишечника) - хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний неустановленной этиологии, которые имеют много общих черт и возникают в результате локального патологического иммунного ответа (как полагают, на антигены кишечного микробиома) у лиц с наследственной предрасположенностью. Эти заболевания включают в себя болезнь Крона, язвенный колит (неспецифический язвенный колит) и неклассифицируемый колит (при невозможности дифференцировать болезнь Крона и язвенный колит).

- С морфологических позиций болезнь Крона (типичная форма) характеризуется резко отграниченным трансмуральным воспалительным поражением кишечника с повреждением слизистой оболочки, неказеозным гранулематозом и образованием щелевидных язв с формированием фистул (свищевых ходов).



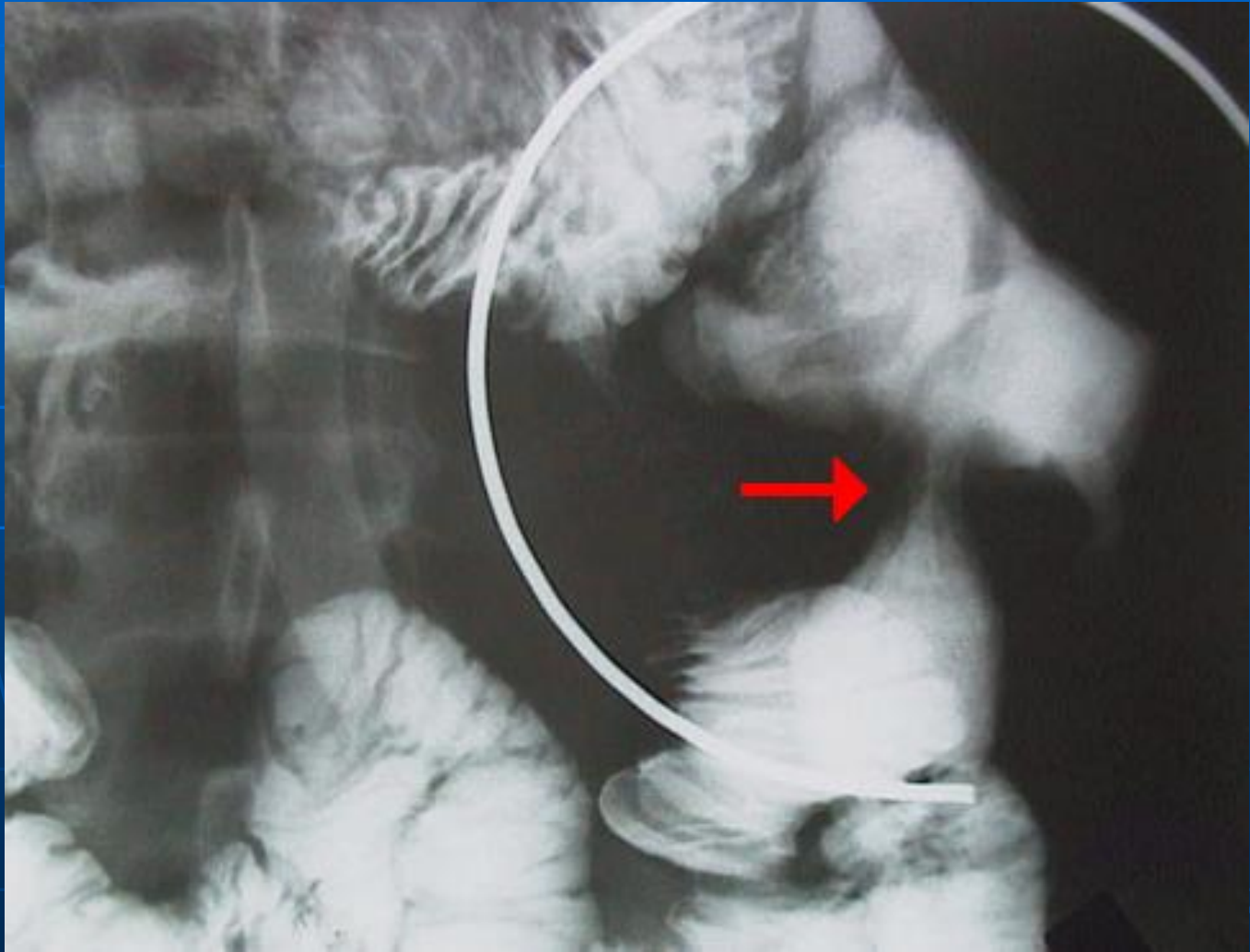
Макроскопически

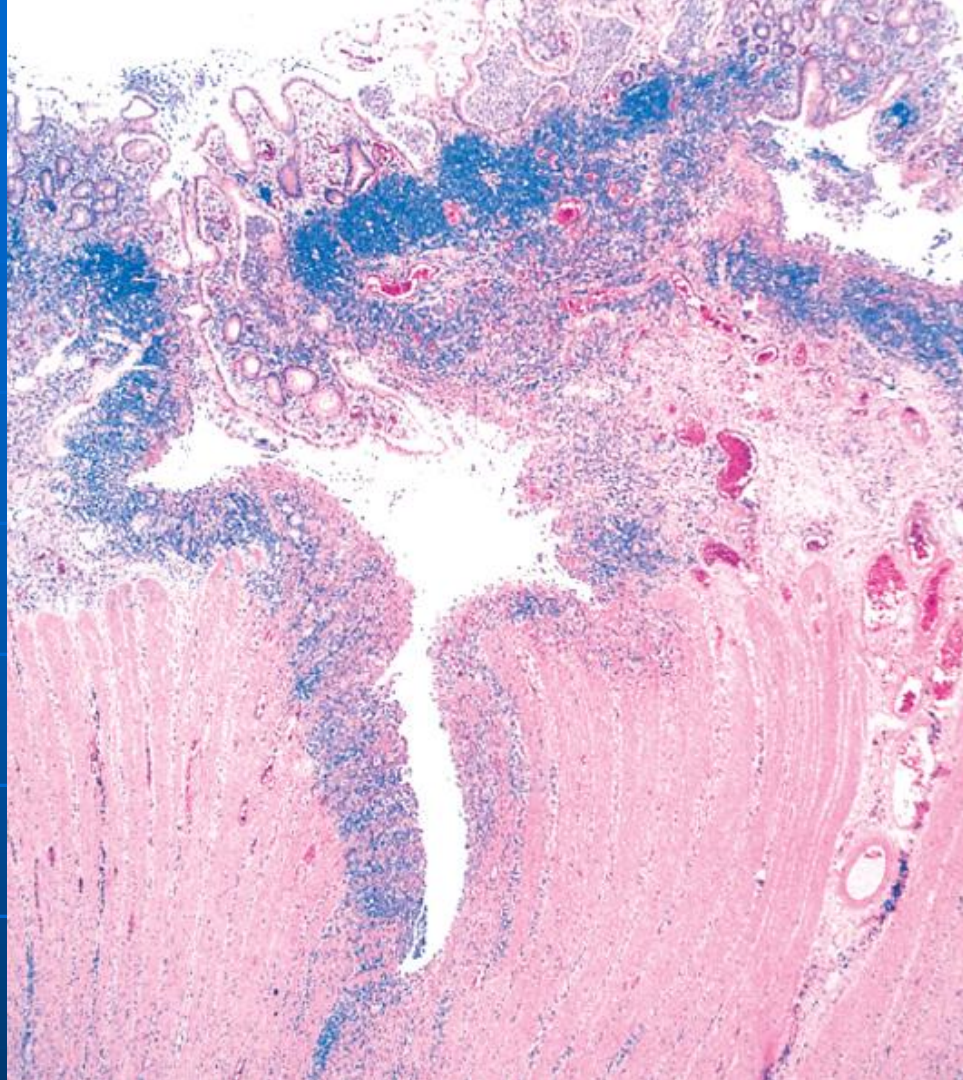
- Макроскопические изменения при болезни Крона появляются как на слизистой, так и на серозной оболочках стенки кишки. Слизистая оболочка подвздошной и толстой кишки может выглядеть нормальной или содержать мелкие, точечные, округлые поверхностные эрозии, часто расположенные в непосредственной близости от краев резекции. Намного чаще обнаруживаются более крупные змеевидные язвы, разделенные сохранившимися участками слизистой оболочки. Сочетание продольных и поперечных язв, идущих в разных направлениях (отсюда сравнение со змеями в траве) на фоне отека слизистой оболочки, создает характерный для болезни Крона вид слизистой оболочки - "булыжной мостовой".



Болезнь Крона. Показано сужение просвета подвздошной кишки с изъязвлением слизистой (стрелки), толстая увеличена в диаметре, отмечается избыточное накопление липидов в брыжейке и серозной оболочке толстой кишки.

- Будучи болезнью, захватывающей всю толщину стенки кишки, болезнь Крона сопровождается утолщением стенки кишки с поражением подслизистой основы, мышечной оболочки, серозной оболочки и жировой ткани брыжейки. Эндоскопическая картина обычно отражает эту особенность болезни Крона лучше, чем результаты гистологического исследования биоптатов. Серозная оболочка содержит резко полнокровные кровеносные сосуды и может содержать фибринозный экссудат со спайками и сращениями на поверхности или без них. Жировая ткань брыжейки частично окружает кишку, распространяясь с места прикрепления брыжейки на переднюю и заднюю стенки кишки в пораженном участке. Этот феномен, известный как жировое обертывание или "ползучий жир", специфичен для болезни Крона и не описан при язвенном колите.

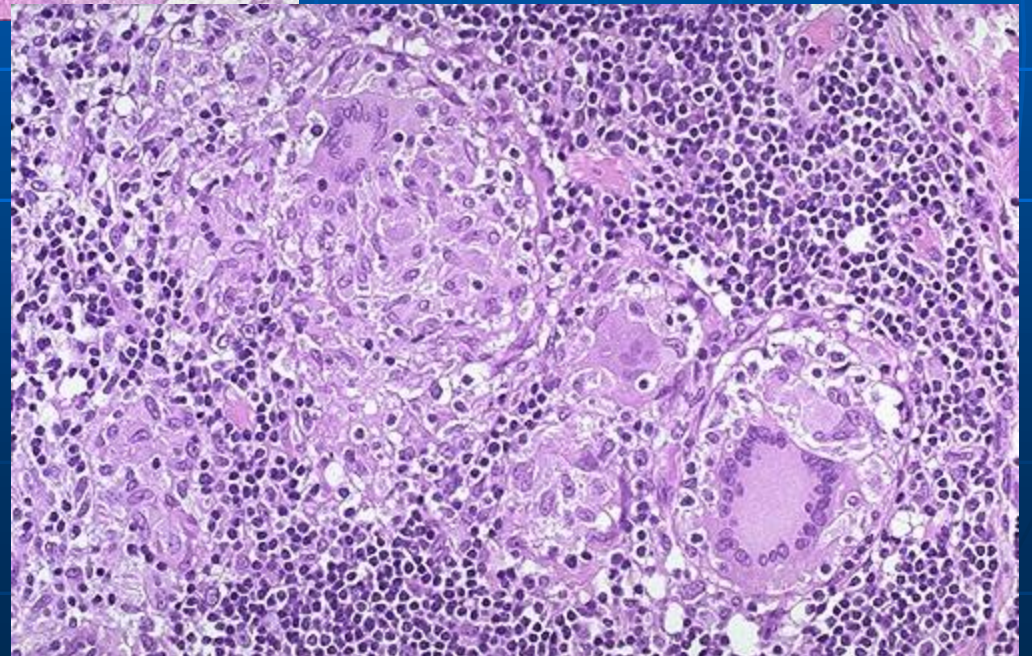
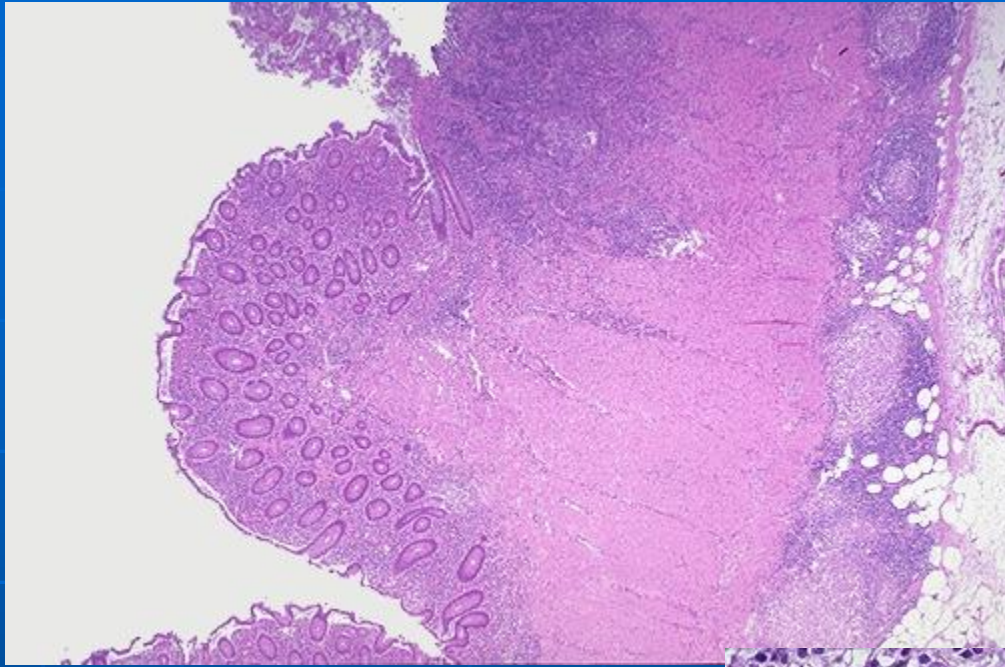


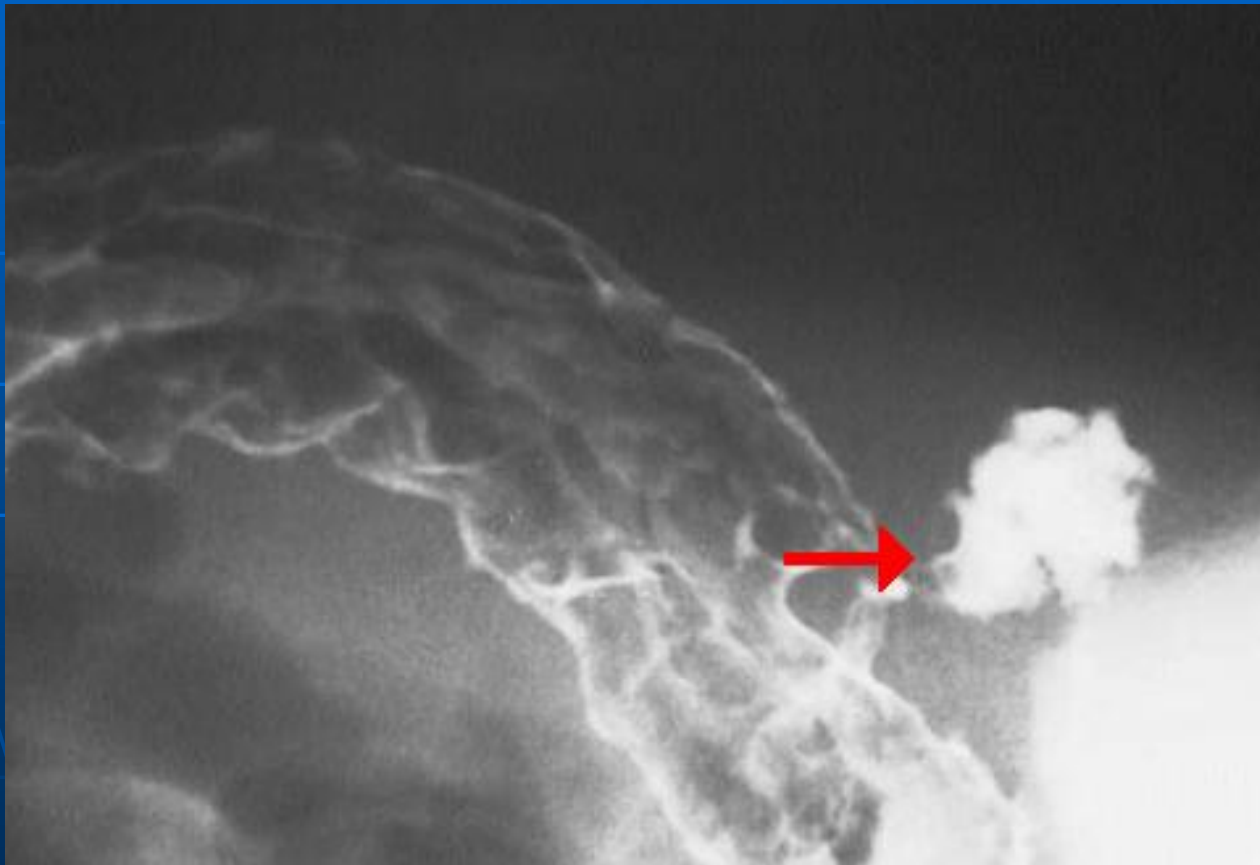


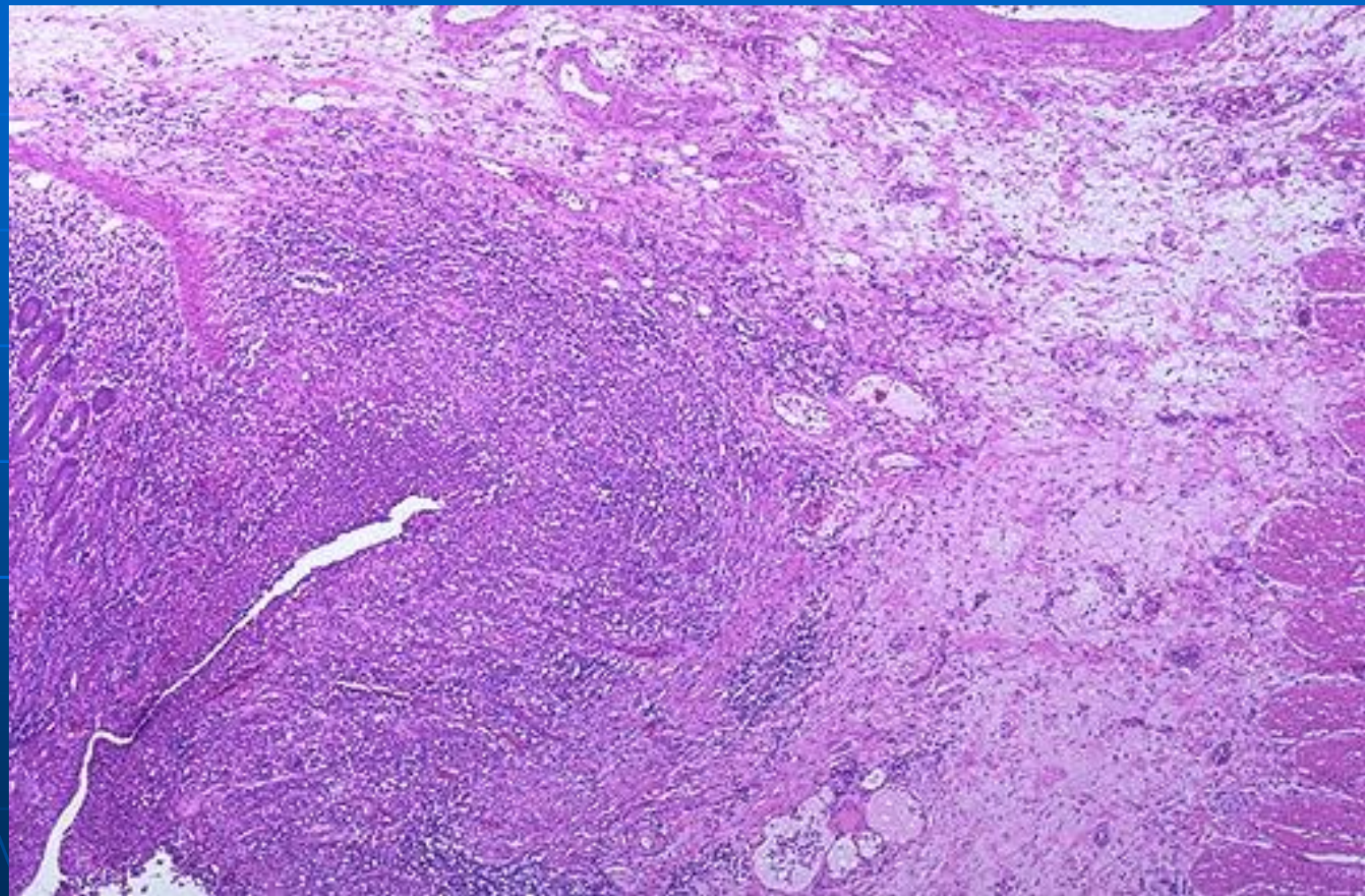
Болезнь Крона. Глубокая щелевидная язва толстой кишки, достигающая мышечной оболочки. Значительная лимфоидная инфильтрация в слизистой оболочке и подслизистой основе.

Гистологически

- Гистологически характерны воспалительное поражение всей толщи стенки кишки и неказеозный гранулематоз. Макрофаги представлены крупными клетками с обильной эозинофильной цитоплазмой и крупным овальной формы ядром, эпителиоидные клетки. Классическая гранулема при болезни Крона содержит 5 эпителиоидных клеток или более в сочетании с гигантскими клетками типа Пирогова-Лангханса или клетками инородных тел, либо без них. Клетки гранулемы могут иметь плотное компактное расположение и напоминать саркоидную гранулему, но чаще при болезни Крона отмечается более "свободное" рыхлое расположение клеток в гранулеме. Некроз в центре и тем более казефикация гранулемы при болезни Крона не встречаются, их наличие заставляет заподозрить туберкулез. Гигантские клетки могут содержать кальцифицированные конхоидные тельца (conchooid bodies). В гранулеме также выявляют лимфоциты.







ЗАДАЧА

- Больной, 23 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе. При колоноскопии обнаружены линейные и точечные дефекты в слизистой оболочке прямой кишки и покрытые фибрином и окруженные геморрагическим венчиком мелкие, несколько приподнятые над поверхностью очаги в восходящей части ободочной кишки, а также в дистальных отделах подвздошной кишки. Была выполнена биопсия тканей как из пораженных, так и из непораженных участков кишки. Результаты микробиологических исследований оказались отрицательными. Выставлен предварительный диагноз болезни Крона.
- Какие морфологические изменения в биоптатах являются диагностическими?
- Гранулемы с центральными некрозами в собственной пластинке слизистой оболочки
- Очаговые хронические илеит и колит
- Плазмноклеточная инфильтрация собственной пластинки
- Очаговые хронические илеит и колит с эпителиоидными неказеозными гранулемами

Неспецифический язвенный КОЛИТ

- Неспецифический язвенный колит (НЯК) - хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки характеризующееся тяжелым диффузным язвенно-воспалительное поражением ее слизистой оболочки.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

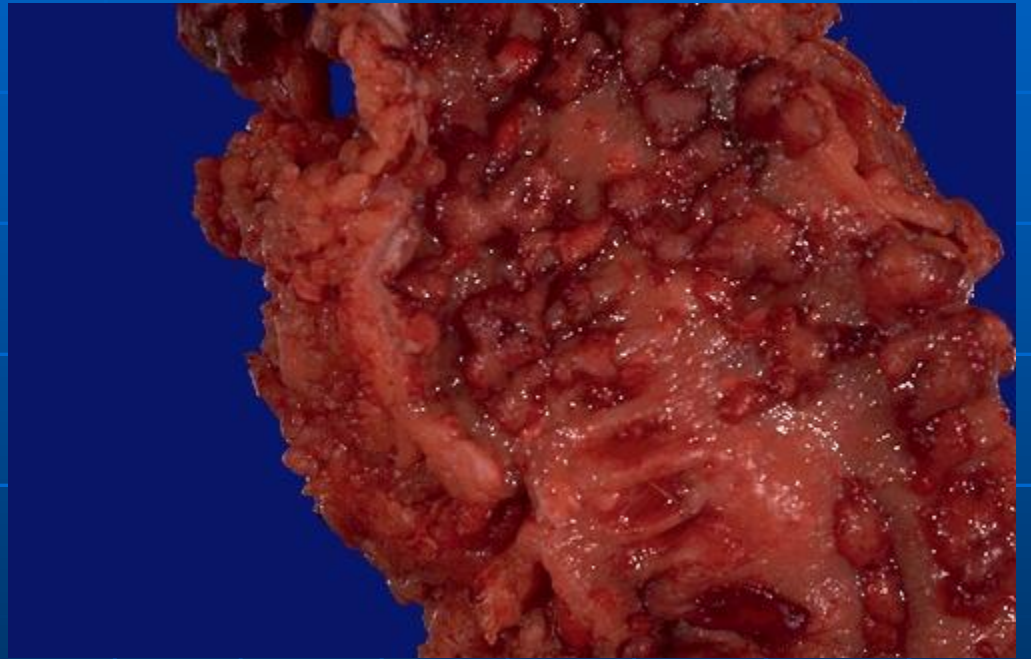
- В странах с умеренным климатом неспецифический язвенный колит (НЯК) является основной причиной диареи с примесью крови, слизи и гноя. НЯК является неспецифическим воспалительным заболеванием толстой кишки, развивающегося обычно в прямой кишке и распространяющегося затем проксимально.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

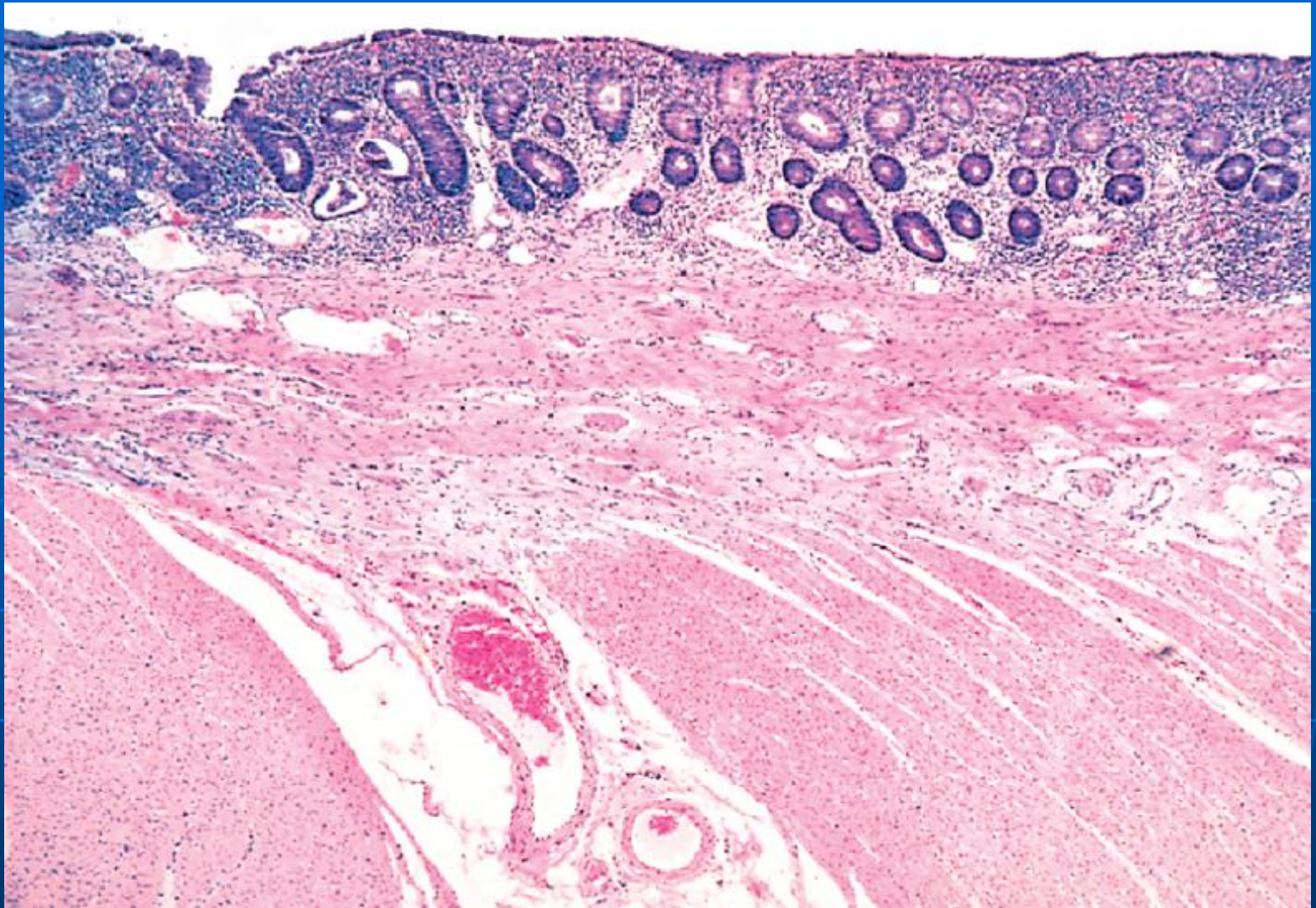


Множественные бледные язвы, чередующиеся с островками нормальной слизистой. Тенденция к образованию псевдополипов. Темные массы – слизь с примесью кала.

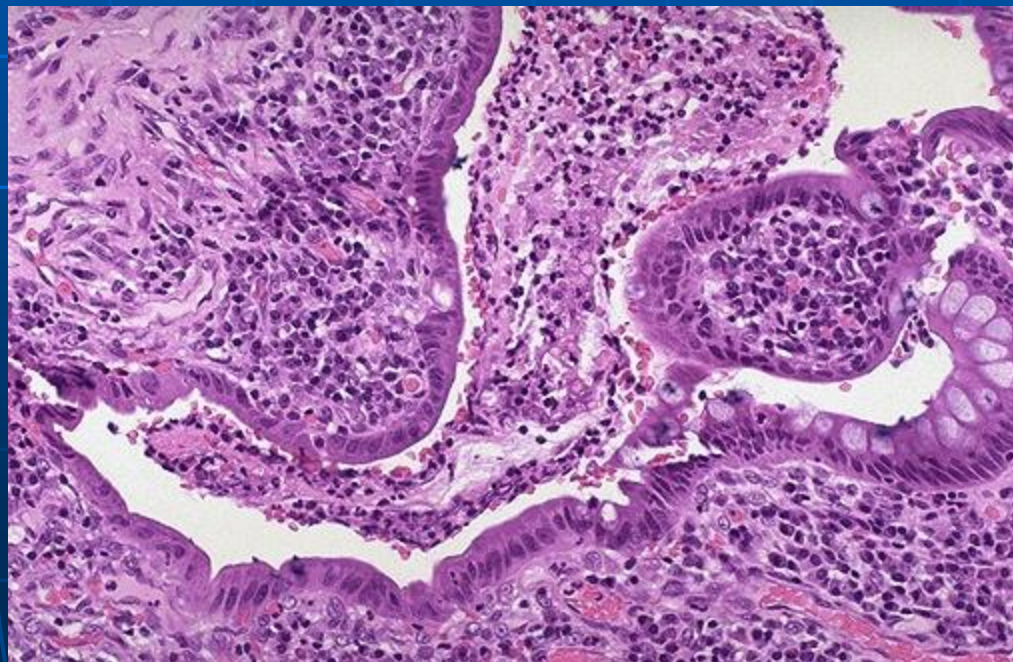
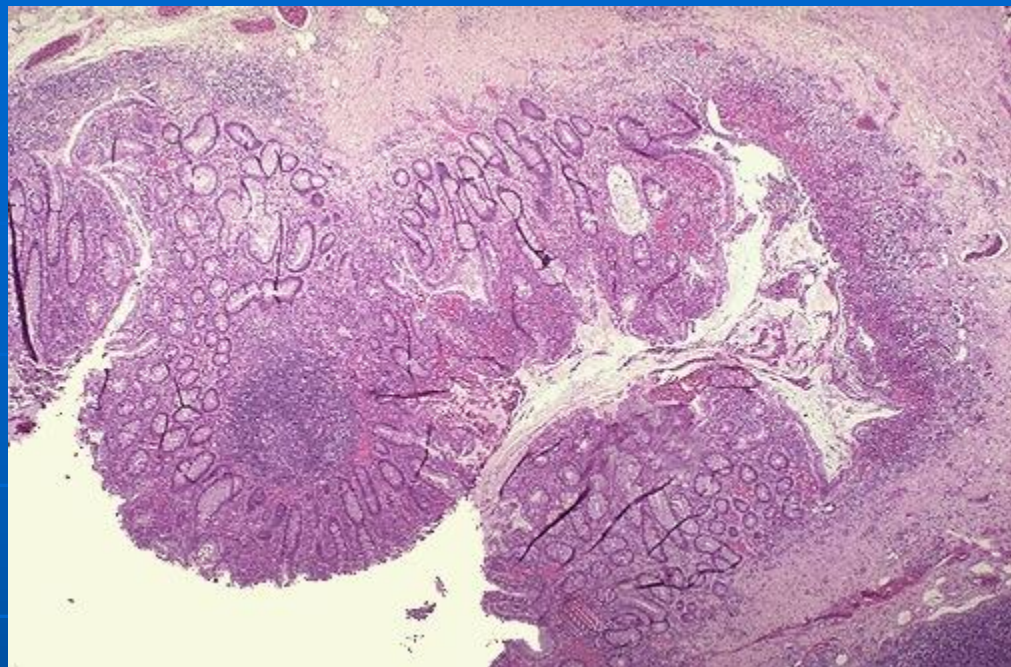
- При язвенном колите в патологический процесс преимущественно вовлекается только слизистая оболочка и подслизистый слой. Форма и размеры язв разнообразны, их края ровные, подрытые. Наиболее характерными являются узкие длинные язвы, расположенные вдоль мышечных лент двумя - тремя параллельными рядами. Дно мелких язв чистое, у крупных покрыто сероватым налетом фибрина. Описаны редкие случаи перфорации язв. Тяжесть морфологических изменений нарастает в дистальном направлении (наиболее выражены в нисходящей и сигмовидной кишке).

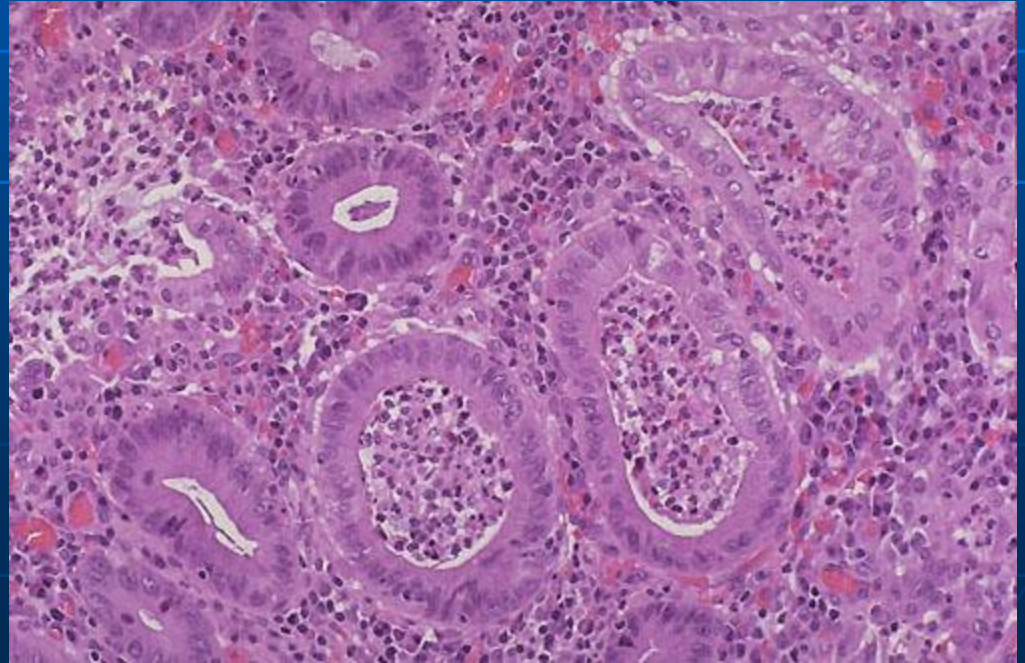
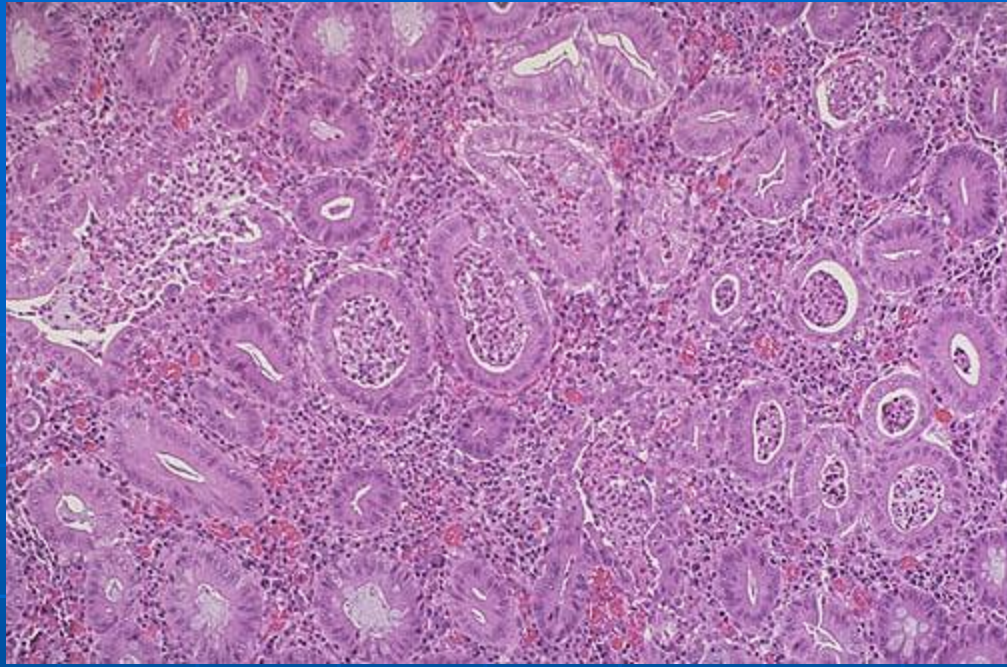






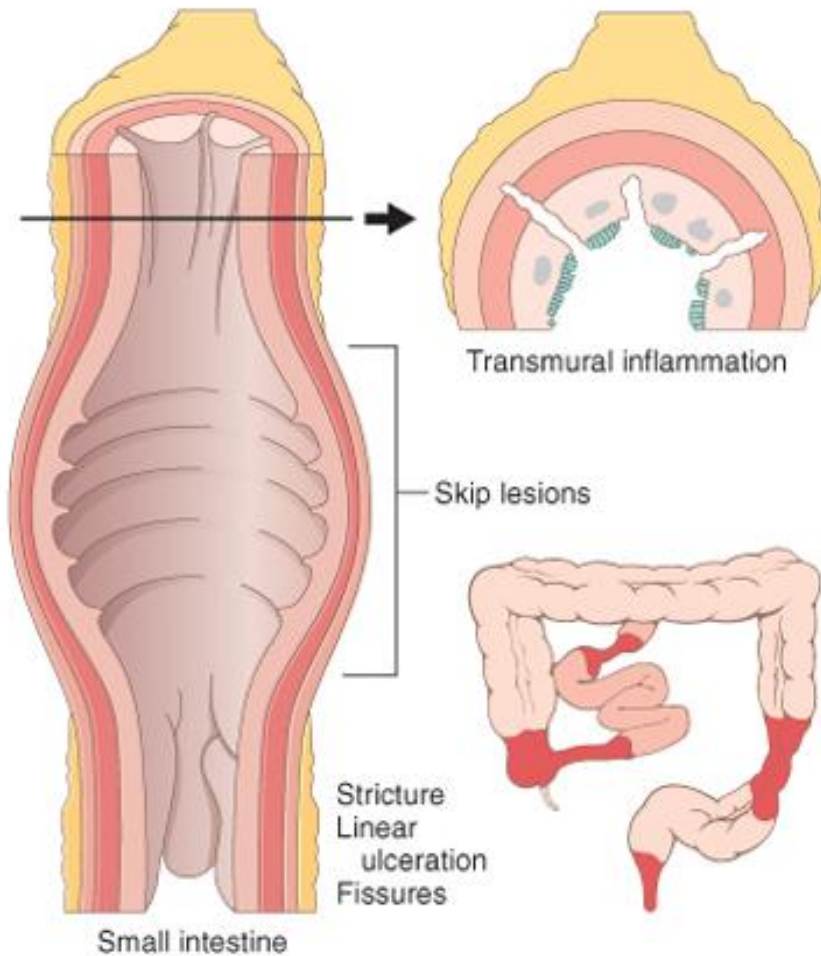
НЯК. Ув.Х100. Продуктивное хроническое воспаление в слизистой оболочке (лимфоидная инфильтрация) с атрофией желез, умеренным фиброзом подслизистой основы, мышечная оболочка нормальная.



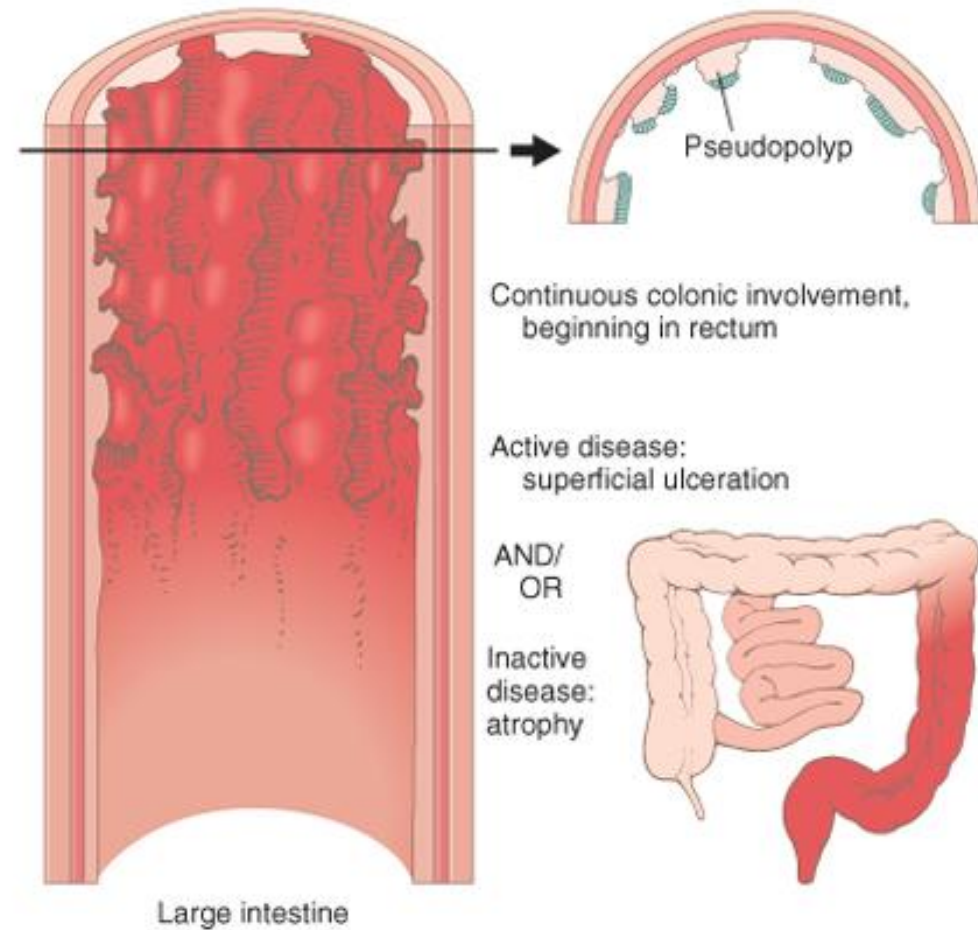


- В отличие от болезни Крона, при НЯК поражается только толстая кишка. Поражение терминального отрезка подвздошной кишки наблюдается редко и возникает из-за развития несостоятельности илиоцекального клапана, а не является непосредственным поражением.

CROHN DISEASE



ULCERATIVE COLITIS



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ