

Занятие семинарского типа №16

ТЕМА: «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Рак желудка»

Место проведения: учебная комната

Продолжительность: по расписанию – 2 часа 50 мину

МОТИВАЦИЯ

Знание темы необходимо провизору для усвоения других тем частного курса патологии, а также понимания клинических проявлений болезней органов пищеварения и методов их лечения, что необходимо в практической работе провизора.

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

Изучить этиологию, патогенез, классификацию, морфологическую характеристику, осложнения, исходы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, и рака желудка.

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ:

ОК-1, 5;

ОПК-8;

ПК – 11, 13, 14

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Это гетерогенное хроническое заболевание со сложным патогенезом, хроническим рецидивирующим течением, с морфологическим эквивалентом в виде участков деструкции слизистой и подслизистой оболочек (длительно незаживающая, рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки) с исходом в соединительнотканый рубец.

Язвенной болезнью страдает до 5% взрослого населения. Наиболее частыми этиологическими факторами язвенной болезни являются *Helicobacter pylori* и НПВС. Наиболее частая локализация язвы — малая кривизна в антральном или пилорическом отделе. Большинство язв возникает в теле желудка, в области перехода тела желудка в антральный отдел. Патогнез см рис. 1.

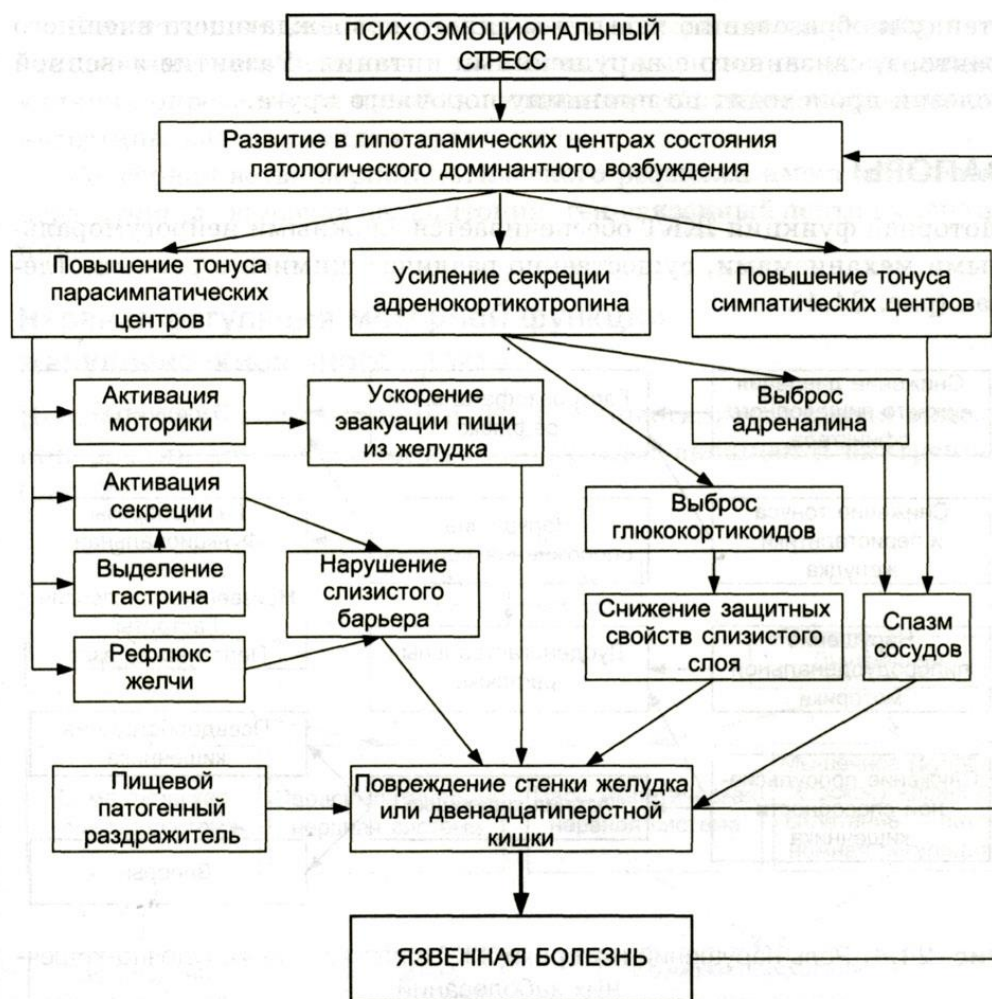


Рис.1. Патогенез язвенной болезни желудка.

Макроскопически хронические язвы желудка бывают одиночными и множественными, округлыми или овальными, размером от нескольких миллиметров до 6 см, различных глубины и характера дна, с наличием или отсутствием радиально сходящихся складок. Важное значение имеет характер краёв язвы. Они могут быть плотными, валикообразно приподнятыми, оmozоленными (каллёзная язва). Вследствие перистальтики кардиальный край язвы подрыт, слизистая обычно нависает над язвенным дефектом, пилорический край имеет вид пологой террасы (рис. 2).



Рис. 2. Пептическая язва тела желудка.

Микроскопически в период ремиссии слизистая оболочка краёв язвы утолщена, гиперплазирована, содержит рубцовую ткань. Дно и края язвы содержат фиброзную ткань, сосуды которой склерозированы или гиалинизированы, нервные элементы в состоянии дегенерации и распада (изредка наблюдается разрастание нервных волокон, напоминающее ампутационные невромы). Иногда дно язвы эпителизируется. В период обострения слизистая оболочка краёв язвы некротизирована (широкая зона фибриноидного некроза). Дно и края покрыты фибринозным экссудатом, зону некроза отграничивает грануляционная ткань, глубже располагается рубцовая ткань.

Осложнения: частые рецидивы дают осложнения, нередко летальные; кровотечение; перфорация с развитием перитонита; обструкция выходного отдела желудка, пенетрация — проникновение язвы за пределы желудка или кишки в смежный орган; анемия развивается вследствие кровотечения, воспаления или удаления желудка.

РАК ЖЕЛУДКА

Рак желудка — одна из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей человека. По статистике заболеваемости рак желудка занимает первое место во многих странах, в частности, в скандинавских странах, в Японии, в Украине, в России и других странах СНГ. Вместе с тем, в США в последние двадцать лет произошло заметное снижение заболеваемости раком желудка. Аналогичная тенденция отмечена во Франции, Англии, Испании, Израиле и др. Многие специалисты считают, что это произошло благодаря улучшению условий хранения продовольствия с широким использованием холодильных установок, что позволило уменьшить потребность в консервантах. В этих странах снизилось потребление соли, соленых и копченых продуктов, повысилось употребление молочных продуктов, экологически чистых, свежих овощей и фруктов. Высокая заболеваемость раком желудка в выше приведенных странах, за исключением Японии, по

мнению многих авторов, обусловлена употреблением в пищу продуктов, содержащих нитраты. Из нитратов путем преобразования в желудке образуются нитрозамины. Прямое локальное действие нитрозаминов, как полагается, является одной из наиболее важных причин возникновения, как рака желудка, так и рака пищевода.

Высокая заболеваемость раком желудка в Японии связана с потреблением больших количеств копченой рыбы (содержащей полициклические углеводы), а не благодаря высокому содержанию нитрозаминов в продуктах.

В настоящее время рак желудка стал выявляться чаще в молодом возрасте, в возрастных группах 40-50 лет. Наибольшую группу среди рака желудка составляют аденокарциномы и недифференцированные раки. Раки возникают, как правило, на фоне хронических воспалительных заболеваний желудка. К предраковым состояниям относят хронический атрофический гастрит, в генезе которого играет роль *Helicobacter pylori*, аденоматозные полипы.

К предраковым гистологическим изменениям слизистой оболочки желудка относят неполную кишечную (толстокишечную) метаплазию и тяжелую дисплазию. Вместе с тем, некоторые авторы считают, что рак желудка может развиваться и *de novo*, без предшествующих диспластических и метапластических изменений.

Фоновые изменения могут привести к предраковому процессу – тяжелой дисплазии эпителия. Дисплазия – это нарушение фаз регенерации, при которой происходит пролиферация (размножение) недифференцированных клеток, а дифференцировка (созревание) наступает поздно.

Классификация рака желудка.

По локализации рака:

1. пилорический (50%),
2. малой кривизны (27%),
3. кардиальный (15%),
4. большой кривизны,
5. фундальный,
6. тотальный.

По характеру роста и форме.

1. Рак с экзофитным ростом (опухоль при таком росте растет в просвет желудка):
 - бляшковидный,
 - полипозный,
 - грибовидный,
 - рак-язва (блюдообразный рак),
 - язва-рак – возникает при малигнизации хронической язвы.
2. Рак с эндофитным ростом (опухоль растет в толще стенки желудка):
 - диффузный,
 - инфильтративно-язвенный.

3. Смешанный рак (экзофитный и эндофитный рост).

Гистологические формы:

1. аденокарцинома (дифференцированная и малодифференцированная),
2. скирр (фиброзный рак),
3. перстневидноклеточный (слизистый рак),
4. солидный рак.

Метастазирование рака желудка осуществляется — лимфогенным, гематогенным и имплантационным (контактным) путем

Особое значение имеют лимфогенные метастазы в регионарные лимфатические узлы, расположенные вдоль малой и большой кривизны желудка, в лимфоузлы большого и малого сальника. Они появляются первыми и определяют объем и характер оперативного вмешательства.

К отдаленным лимфогенным метастазам относятся метастазы в лимфоузлы ворот печени (перипортальные), парапанкреатические и парааортальные. К важнейшим по локализации относят лимфогенные метастазы:

«вирховские метастазы» — в надключичные лимфоузлы (чаще в левые) (ортоградные);

«крукенбергский рак яичников» — в оба яичника (ретроградные);

«шнитцлеровские метастазы» — в брюшину заднего дугласова пространства и лимфоузлы параректальной клетчатки (ретроградные).

Кроме того, возможны лимфогенные метастазы в плевру, легкие, брюшину, хотя в последнюю они чаще бывают имплантационными при прорастании опухоли серозной оболочки стенки желудка.

Гематогенные метастазы в виде множественных узлов обнаруживаются в печени, легких, костях.

Имплантационные метастазы проявляются в виде множественных различной величины опухолевых узлов в париетальной и висцеральной брюшине, которые сопровождаются фибринозно-геморрагическим экссудатом.

Осложнения рака желудка:

1. кровотечение,
2. анемия (острая и хроническая),
3. перфорация и перитонит,
4. стеноз,
5. очаговая пневмония,
6. кишечная непроходимость,
7. механическая желтуха,
8. кахексия

ПРАКТИКУМ

Макропрепараты.

1. «Хроническая язва желудка». При описании макропрепарата укажите размеры язвенного дефекта, его глубину, характер морфологических процессов в области дна и краев.
2. «Острая язва желудка». При описании макропрепарата отметьте локализацию, глубину, размеры и особенности язвенного дефекта.
3. "Рак желудка". Обратить внимание на локализацию, форму и поверхность опухолевого образования, консистенцию, края, состояние слизистой желудка

Микропрепараты.

1. «Острая язва желудка». Обратить внимание на края и дно язвы.
2. «Хроническая язва желудка». На втором препарате рассмотрите под малым увеличением все слои дна язвы, на большом увеличении обратите внимание на клеточный состав всех зон хронической язвы.
3. "Аденокарцинома желудка" (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на толщину слизистой оболочки, количество локализацию, форму нормальных и опухолевых желез; клеточный состав нормальных и опухолевых желез, найти признаки инвазивного роста, клеточной ядерной атипии, фигуры митозов; клеточный состав инфильтрата собственной пластинки слизистой оболочки

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Для обострения язвы желудка характерны
 - а) гиалиноз
 - б) метаплазия эпителия
 - в) регенерация
 - г) лимфоплазмочитарный инфильтрат
 - д) некротические изменения
2. Основным тяжелым осложнением язвы желудка является
 - а) регионарный лимфаденит
 - б) перфорация
 - в) перигастрит
 - г) «воспалительные» полипы вокруг язвы
 - д) все перечисленное
3. Какие из перечисленных ниже утверждений верны в отношении хронической язвы желудка?
 - а) локализация чаще в области малой кривизны
 - б) малигнизация наблюдается более чем в 40% случаев
 - в) лечение аспирином и другими нестероидными противовоспалительными препаратами приводит к ремиссии
 - г) в патогенезе дискутируется роль *Helicobacter pylori*

д) гистологическим признаком обострения является массивная лимфоцитарная инфильтрация.

4. На основании каких признаков различают малигнизированную язву от изъязвившегося рака желудка?

- а) консистенция краев
- б) форма краев
- в) деформация желудка
- г) локализация
- д) наличие склероза в дне изъязвления

5. Самый важный морфологический показатель, имеющий прогностическое значение при раке желудка:

- а) гистологический вариант,
- б) макроскопическая форма,
- в) глубина инвазии,
- г) слизееобразование,
- д) вторичные изменения.

Выбрать все правильные ответы

6. Микроскопическая характеристика полиповидного рака желудка:

- а) железы причудливой формы,
- б) перстневидные клетки,
- в) слизь в просвете желез,
- г) стелющийся рост,
- д) железы кишечного типа.

Выбрать все правильные ответы

7. Осложнения рака желудка:

- а) кровохарканье,
- б) дилатация привратника,
- в) перфорация,
- г) истощение,
- д) желудочное кровотечение.

ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ

1. Больной длительно страдал язвенной болезнью желудка с периодическими обострениями. Внезапно появилась резкая кинжальная боль в подложечной области с иррадиацией в плечо, холодный пот, бледность кожных покровов. При пальпации отмечено напряжение мышц передней стенки живота. Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного? Какова микроскопическая характеристика язвы у больного? Какие возможны последствия наблюдаемого осложнения?

2. Больной длительное время страдает язвенной болезнью желудка. Внезапно, после приема алкоголя, появилась резкая боль в подложечной области,

холодный пот, бледность кожных покровов, рвота с примесью крови. Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного? Какие возможные последствия наблюдаемого осложнения?

3. Больной длительное время страдал язвенной болезнью желудка. За последнее время состояние его резко ухудшилось, появились постоянные боли, недомогание, вялость. Больной обратился с жалобами на увеличение лимфатических узлов слева в области шеи. Пониженного питания, бледен. Какое осложнение возникло вследствие длительного течения язвенной болезни? С чем связано увеличение шейных лимфатических узлов?