

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора

В.Ф. Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра патологической анатомии имени проф. П.Г. Подзолкова с курсом
ПО

РЕФЕРАТ

«Исследование гастро- и энтеробиопий»

Выполнил: Ординатор 1-го года
Скиданов Павел Андреевич

Руководитель: К.М.Н.,
Доцент

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Порядок проведения биопсии тонкого кишечника	4
3. Порядок проведения биопсии толстого кишечника	5
4. Хроническая язва желудка в стадии обострения.....	6
5. Аденокарцинома желудка	6
6. Перстневидно-клеточный рак желудка	7
7. Хронический аппендицит	7
7. Флегмонозный аппендицит.....	8
8. Список литературы	9

Гастрит может быть достоверно диагностирован только на основании результатов гистологического исследования прицельно взятых биоптатов слизистой оболочки желудка. При диагностике гастрита большое значение имеет топография поражения желудка. Термина хронический гастрит без указания топографии не должно быть вообще. Выраженные воспалительные изменения в антральном отделе и слабые в теле желудка указывают на возможность развития дуоденальной язвы, а преимущественное поражение фундальной слизистой оболочки при сохранности антральной – на возможное наличие аутоиммунного гастрита и пернициозной пневмонии. В связи с этим эндоскопическое исследование без гистологического анализа мало информативно. Само по себе оно не позволяет поставить нозологический диагноз, поэтому грамотные врачи-эндоскописты в своих заключениях используют только описательные термины (инфильтрация, язва, гиперемия и т.д.). Порочная практика выставлять диагнозы только на основании эндоскопического исследования (например, атрофический гастрит) без учета морфологии ведет к назначению неправильного лечения, которое может быть не только не эффективным, но и способствовать ухудшению заболевания, поскольку в современных условиях каждый тип хронического гастрита требует особенных лечебных и профилактических мер от клинициста.

Для получения оптимальной информации образцы ткани берутся из разных отделов желудка: по два из антрального отдела (2-3 см от привратника по большой и малой кривизне), по два из тела желудка (по большой и малой кривизне примерно в 8 см от кардии) и один из угла желудка. Биопсии из тела желудка важны для контроля лечения.

При неудачной терапии *H. pylori* и нейтрофилы часто исчезают из антрального отдела, но появляются в теле желудка. Значение биопсий из угла желудка определяется тем, что именно здесь чаще развиваются предраковые изменения. При этом следует помнить о необходимости маркировки биоптатов перед направлением их в гистологическую лабораторию.

При изучении биоптатов, полученных у больных с хронической язвой желудка, в первую очередь необходимо исключить рак. Поскольку малигнизация может наблюдаться лишь в отдельных участках дна и краев язвы, для получения достоверной информации биопсии непременно должны быть множественными, в количестве не менее 6. Взятие меньшего количества кусочков недопустимо. Одиночная биопсия из язвы может быть не только бесполезной, но и вредной для больного.

Исследуя гастробиопсии можно оценить ход репаративных процессов, увидеть их нарушения, обнаружить предраковые изменения слизистой оболочки. При выявлении признаков тяжелой эпителиальной дисплазии следует произвести повторные и обязательно множественные биопсии из измененных участков, т.к. тяжелая дисплазия зачастую сочетается с раком желудка.

Острые язвы желудка не проникают глубже слизистой оболочки, выглядят как поверхностный дефект слизистой. Хроническая язва желудка может распространяться на мышечную и серозную оболочки. Хронической называют язву с твердыми возвышающимися краями. Язва, захватывающая все слои желудочной стенки, может вызвать ее прободение. Язва, проникающая в соседние органы, чаще всего в поджелудочную железу, носит название пенетрирующей. После заживления язвы возникают рубцы, иногда деформирующие желудок («песочные часы», желудок в виде улитки) либо вызывающие сужение (стеноз) привратника желудка. Воспаление серозной оболочки в месте расположения язвы приводит к перигастриту или перидуодениту и образованию спаек с близлежащими органами

Порядок проведения биопсии тонкого кишечника

Наиболее часто забор биопсийного материала происходит из двенадцатиперстной кишки. Другие отделы тонкого кишечника труднодоступны для взятия материала. Перед началом процедуры пациент дает письменное согласие на ее проведение. Ему объясняется ход исследования, возможные осложнения. Предупреждают о реакциях организма на введение эндоскопа (происходит сильное слюнотечение, которому не стоит препятствовать и пытаться слюну проглотить, отхождение газов после, рвотные позывы и др.).

1. За полчаса до исследования дается седативный препарат, который позволяет человеку расслабиться, но не уснуть. При биопсии верхних отделов тонкой кишки (двенадцатиперстная кишка) пациент находится в сознании.
2. Перед введением фиброэндоскопа орошают заднюю стенку глотки анестетиком для снижения рвотного рефлекса. Анестетик имеет горький вкус и создает ощущение отека глотки.
3. В рот вставляют загубник, чтобы человек случайно не перекусил трубку эндоскопа. Дыханию загубник не мешает.
4. Человека укладывают на левый бок и через рот вводят эндоскоп. Под контролем зрения врач доходит до нужного участка.
5. В эндоскопе имеется биопсийный канал, через который вводят щипцы и захватывают нужный участок ткани. После щипцы с биоптатом вынимают.
6. Биоптат кладут в специальный подготовленный контейнер с раствором и отправляют в лабораторию.
7. Доктор проверяет, нет ли кровотечений в месте взятия биопсии или перфораций и вынимает эндоскоп.
8. Взятие биопсии по времени занимает около 30 минут.

Процедура носит больше неприятный характер, чем болезненный. При прохождении эндоскопа по начальным отделам пищеварительного тракта происходит раздражение рвотного рефлекса, что вызывает неприятные рвотные позывы.

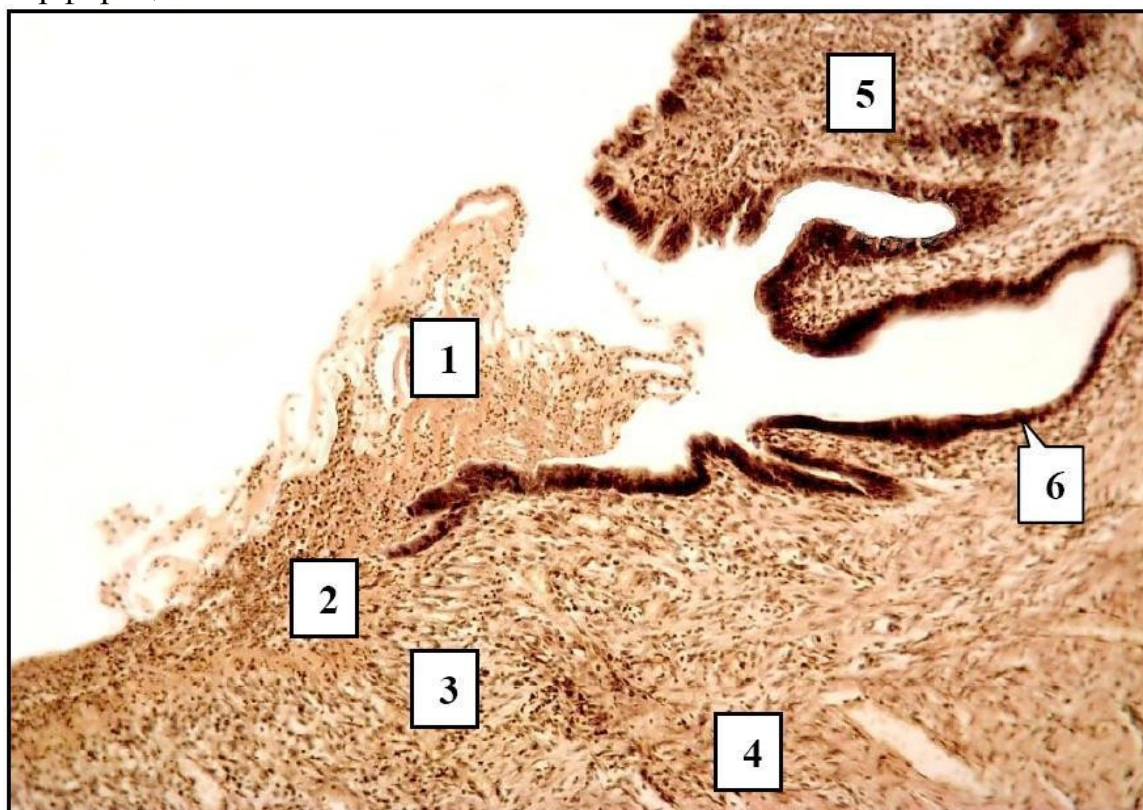
Порядок проведения биопсии толстого кишечника

Биопсия отделов толстого кишечника проводится с помощью колоноскопии или ректороманоскопии. Перед процедурой пациент дает письменное согласие на ее проведение.

1. Пациента укладывают на левый бок с приведенными к животу ногами.
2. Перед исследованием меряют артериальное давление, пульс. Дают седативные препараты для успокоения или наркоз.
3. Смазывают наконечник колоноскопа вазелином для лучшего продвижения и вводят через задний проход.
4. По мере продвижения колоноскопа нагнетают воздух для лучшего расправления петель кишечника.
5. Когда колоноскоп дошел до сигмовидной кишки, человека поворачивают на спину и продолжают исследование дальше.
6. В нужном участке кишечника производят забор ткани с помощью щипцов.
7. Полученный материал кладут в специальный контейнер и отправляют в лабораторию.
8. После проверки на кровотечения из места взятия биопсийного материала, вынимают колоноскоп.

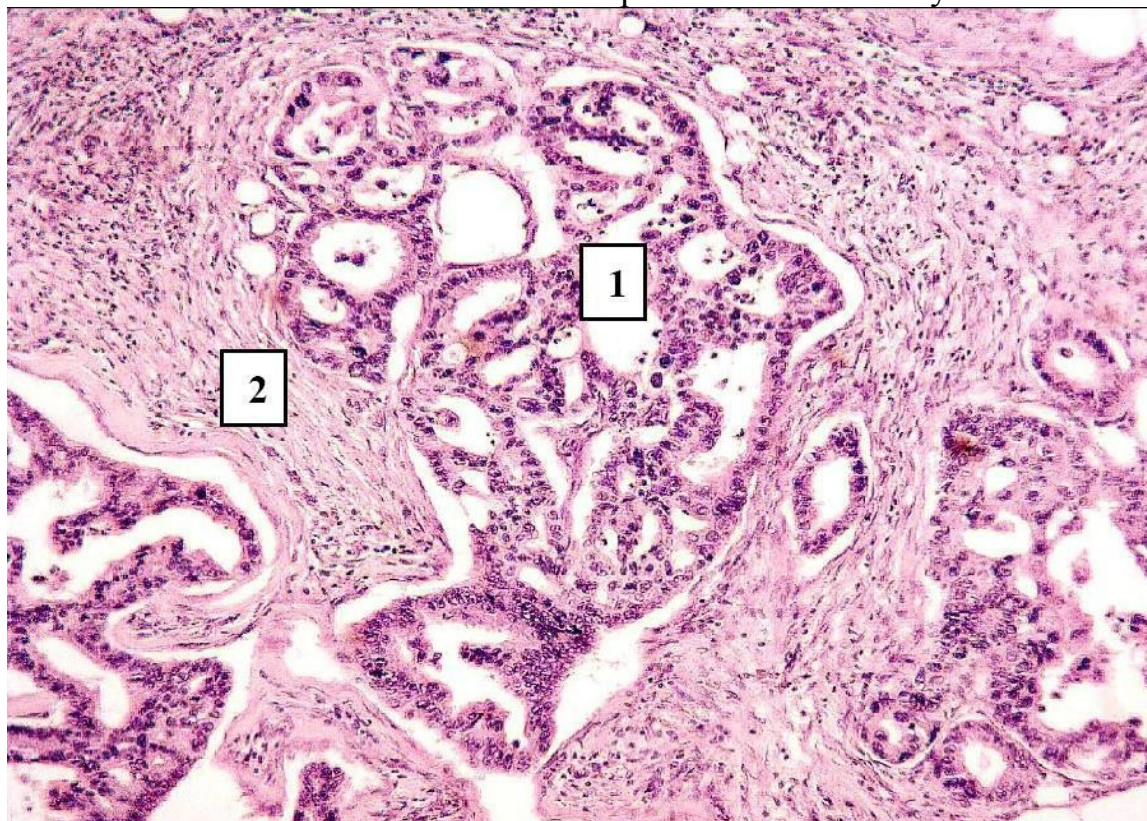
Взятие биопсии из толстого кишечника болезненная процедура, поэтому в большинстве случаев выполняется под наркозом по просьбе пациента. Осложнения после биопсии кишечника встречаются крайне редко. В редких случаях могут возникнуть следующие состояния:

1. кровотечение из места взятия участка ткани.
2. перфорация стенки кишечника.



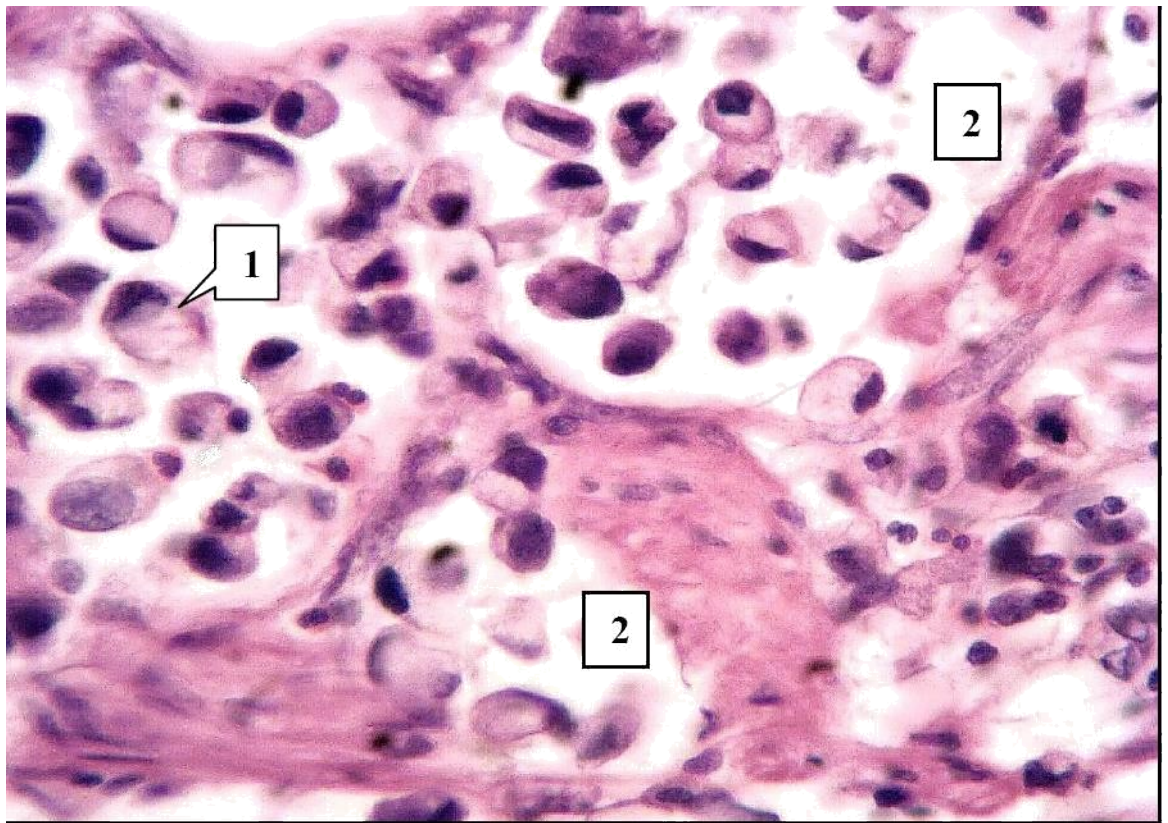
Хроническая язва желудка в стадии обострения

Определяется участок некроза с фибринозно-гнойным экссудатом на поверхности (1). Глубже последовательно располагаются зона воспалительной клеточной инфильтрации (2), грануляционная (3) и рубцовая (4) ткань. 5 – нависающий, «подрытый» край язвы, обращённый к пищеводу; 6 – сохранившаяся эпителиальная выстилка. Окраска по Ван Гизону.



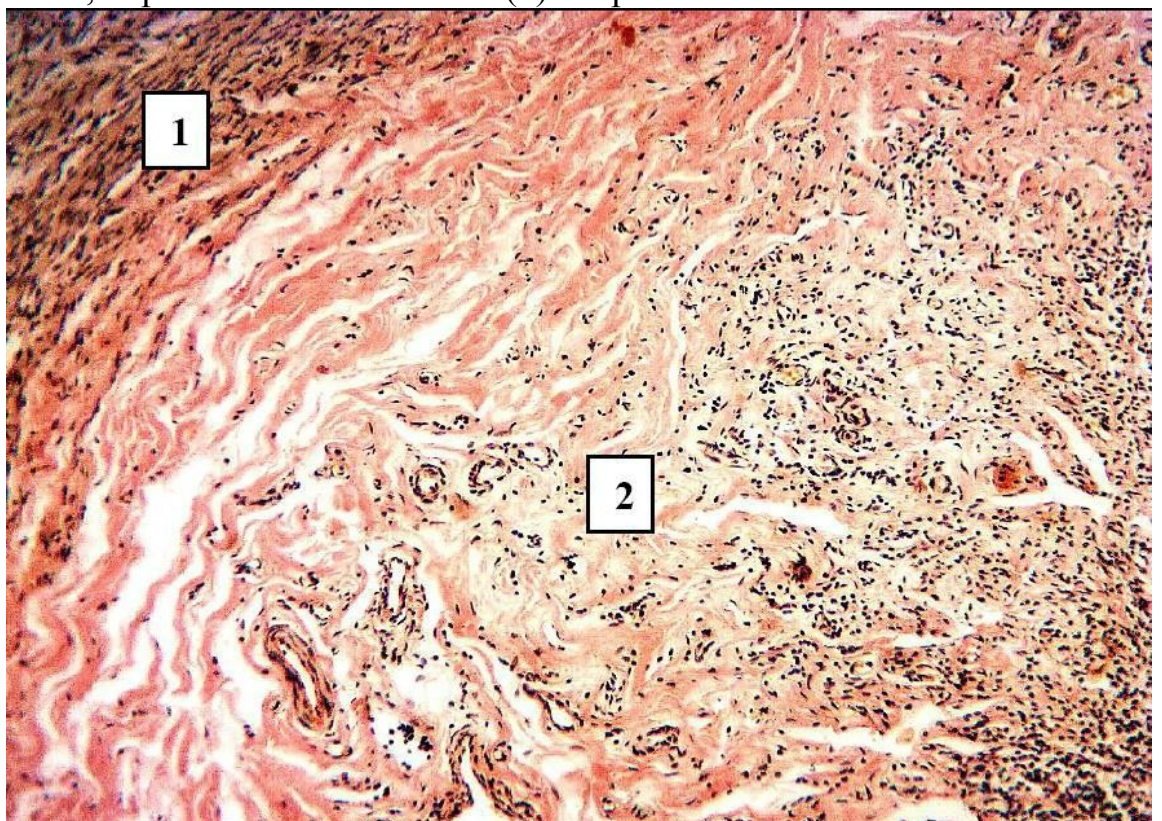
Аденокарцинома желудка

Атипичные железистые структуры различной величины и формы (1), сливающиеся между собой, состоят из полиморфных клеток с гиперхромными ядрами. В хорошо развитой строме (2) – лимфоцитарная инфильтрация. Окраска гематоксилином и эозином.



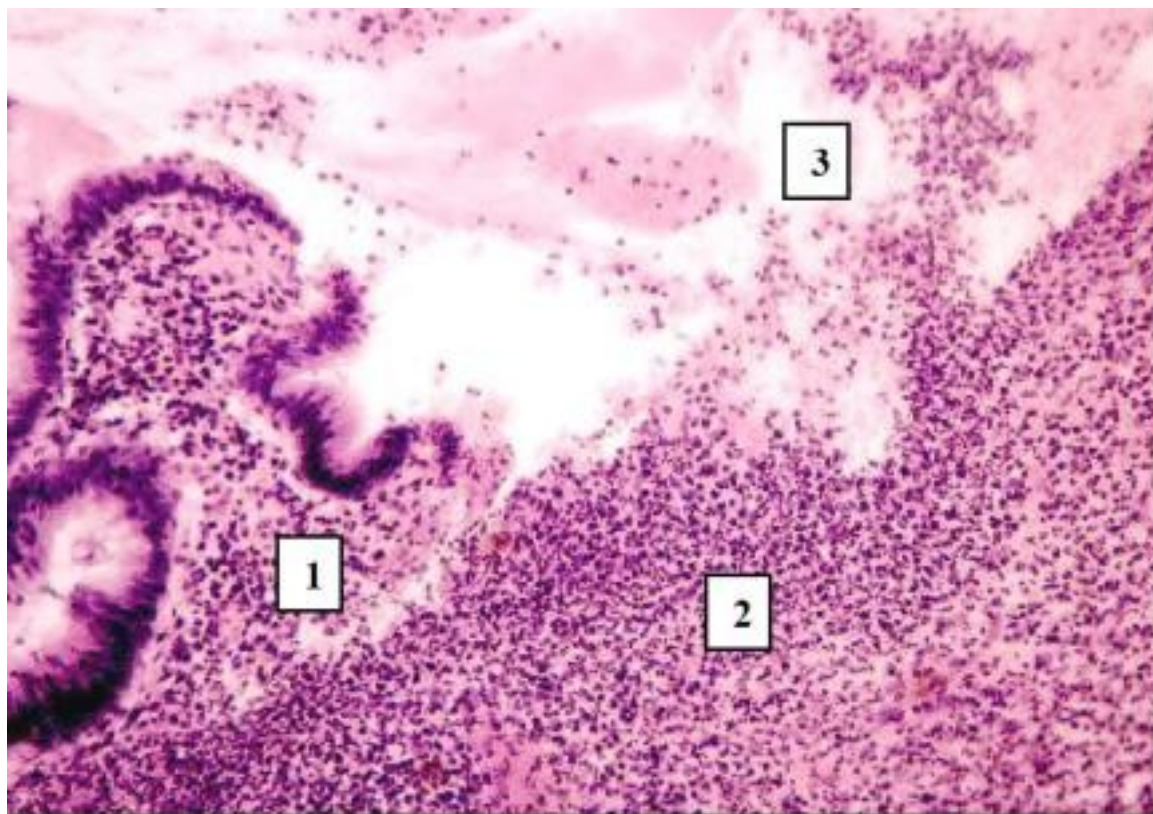
Перстневидно-клеточный рак желудка

Группы опухолевых «перстневидных» клеток округлой формы, со светлой цитоплазмой и эксцентрично расположенным ядром (1) находятся среди масс, образованной ими слизи (2). Окраска гематоксилином и эозином.



Хронический аппендицит (облитерация аппендикса)

Лимфогистиоцитарная инфильтрация и выраженный склероз всех слоёв стенки червеобразного отростка (1) с зарастанием его просвета соединительной тканью (2). Окраска по Ван Гизону.



Флегмонозный аппендицит

Стенка червеобразного отростка (1) утолщена, структура её не определяется из-за диффузной лейкоцитарной инфильтрации (2), распространяющейся в просвет аппендикса (3). Окраска гематоксилином и эозином.

Список литературы:

1. Пауков В.С., Хитров Н.К. Патология: учебник. - М.: Медицина, 1989.
2. Левченко В.А., Середюк Н.М., Вакалюк И.П., Малиновская О. И., Мудрак М.В., Коваль Н.М. Внутренние болезни: учебник. - Львов.: Издательство "Свет", 1995.
3. Пальцев М.А. Патология: курс лекций: в 2т., М.: Медицина, 2010.