

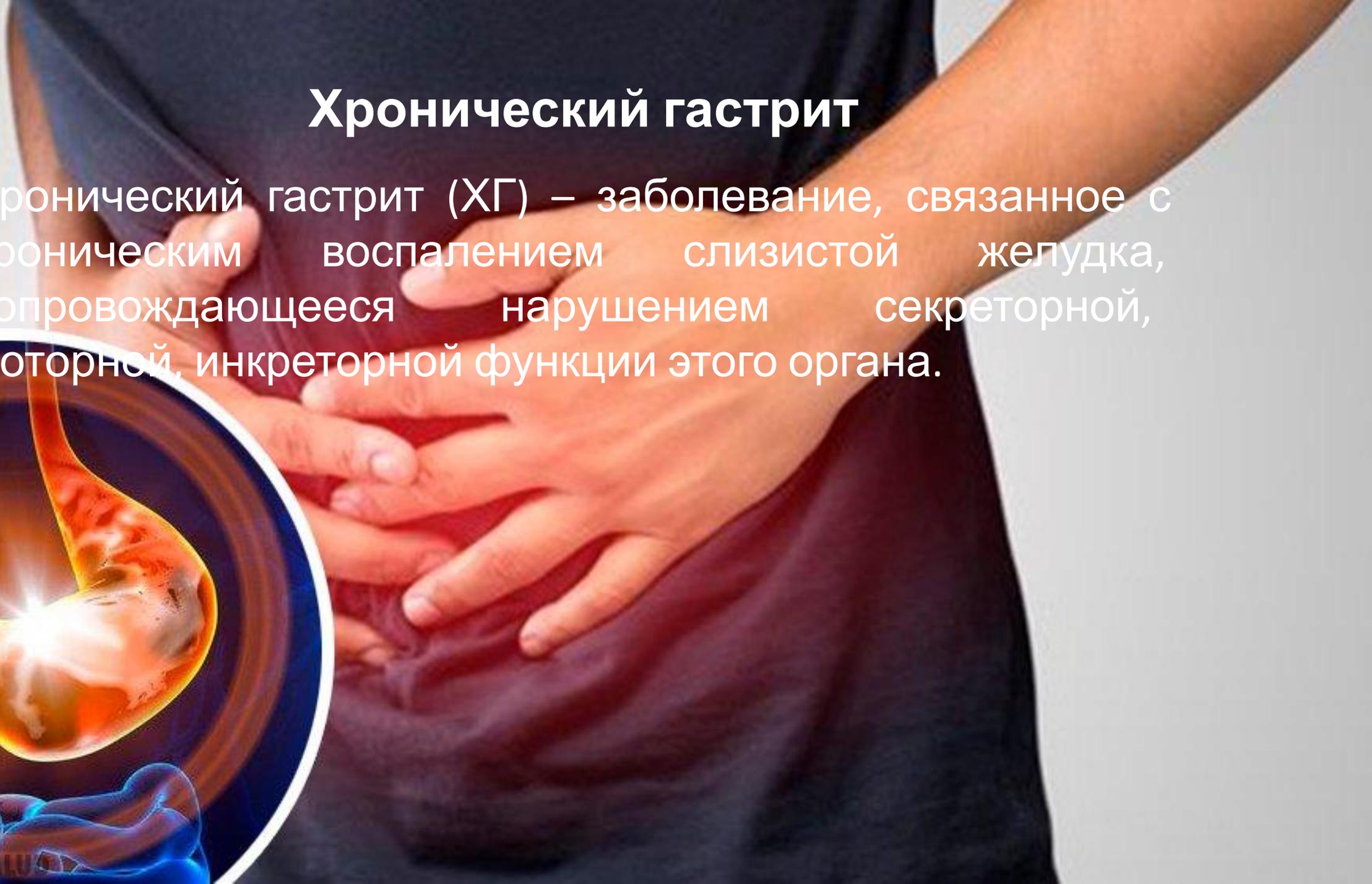


ГБУЗ МО «МОБ им. Проф. Розанова В.Н.»



Хронический гастрит

Хронический гастрит (ХГ) – заболевание, связанное с хроническим воспалением слизистой желудка, сопровождающееся нарушением секреторной, моторной, инкреторной функции этого органа.



Этиология ХГ

- 1) *Helicobacter pylori* – грамотрицательная бактерия, одна из основных причин ХГ
- 2) Побочные эффекты ряда ЛС (длительный прием НПВС и др.)
- 3) Аутоиммунный процесс (при этом в крови обнаруживают АТ к париетальным клеткам, блокирующие кислотопродукцию, а также АТ к клеткам, ответственным за продукцию внутреннего фактора Касла)

По этиологии:

- 1) Неатрофический ассоциированный с *Helicobacter pylori*, гиперсекреторный, тип В)
- 2) Атрофический (аутоиммунный, тип А)
- 3) Химико-токсически индуцированный (тип С)
- 4) Особые формы (гранулематозный, саркоидозный, туберкулезный, жэозинофильный, лимфоцитарный и др.)

По топографии поражения:

- А) пангастрит (распространенный)
- Б) гастрит антрума 9пилородуоденит)
- В) гастрит тела желудка

По степени выраженности морфологических проявлений – оцениваются степень выраженности воспаления, активности, атрофии, кишечной метаплазии, наличие и тип *Helicobacter pylori* (оценка полуколичественная)

Клинические проявления ХГ

- А) неатрофического: изжога, боль в эпигастральной области, возникающая через 30-40 минут после еды, кислая отрыжка, кислый привкус во рту
- Б) атрофического: тошнота, отрыжка, чувство тяжести в эпигастральной области после еды, нередко диарея; признаки В12-дефицитной анемии

Лечение ХГ

Лечение *Helicobacter pylori* –ассоциированного ХГ

1. Эрадикационная терапия – I линии (трехкомпонентная): в течении 7 дней омепразол 20 мг 2 раза /сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза/сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза/сутки или метронидазол 500 мг 2 раза/сутки; при неэффективности терапии I линии по данным ФГДС-контроля – II линия (четырёхкомпонентная): в течение 7 дней омеразол 20 мг 2 раза/сутки висмута субцитрат/де-нол мг раза/сутки + метронидазол мг раза/сутки + тетрациклин мг раза/сутки
2. Антациды – альмагель, фосфалюгель, маалокс, через час после еда на 10 -12 дней
3. H₂-блокаторы рецепторов гистамина
4. При выраженной боли – спазмолитики – но-шпа, папаверин, дротаверин

Лечение аутоиммунного ХГ

- 1) Исключение клетчатки (свежих овощей), так как она усиливает моторную функцию желудка, усугубляет диарею
- 2) Если секреция окончательно не подавлена – сок подорожника (1 столовая ложка 3 раза в день), пентаглюцид (элементы подорожника) – 3 раза в день перед едой, лимонтар по 1 таблетке 3 раза в день и др.
- 3) Заместительная терапия натуральным желудочным соком – по 1 столовой ложке за 20-30 минут до еды 3 раза в день; 3% НСЛ с пепсином 3 раза в день до еды, ацидин-пепсин по 1 таблетке 3 раза в день
- 4) Ферментные препараты: фестал, панкреатин, мезим-форте, крион, панцитрат и др.

Лечение лекарственного гастрита

- 1) Диета №1 на период обострения + отмена того ЛС, который вызвал гастритический процесс (НПВС)
- 2) Антисекреторные препараты: H₂-блокаторы, ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза/сутки, ребепразол 20 мг раз/сутки, лансопразол 30 мг/сутки)

Язвенная болезнь

Язвенная болезнь (ЯБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в гастродуоденальной зоне образуются язвы в связи с нарушением физиологического равновесия между агрессивными и защитными факторами. Это одно из самых распространенных заболеваний органов пищеварения, 50% пациентов гастроэнтерологического отделения в городском стационаре составляют больные с язвенными поражениями желудка или 12-перстной кишки.

Факторы и агрессии

- 1) *Helicobacter pylori*
- 2) Гиперпродукция HCl и пепсина (из-за ваготонии, гиперпродукции гастрина, гиперплазии фундальной слизистой, гиперреактивности обкладочных клеток)
- 3) Травматизация гастродуоденальной слизистой (в т.ч. ЛС – НПВС, ГКС, CaCl₂, иммунодепрессанты)
- 4) Гастродуоденальная дисмоторика

Факторы защиты

К факторам защиты можно отнести:

- Резистентность слизистой оболочки к агрессивному воздействию
- Желудочное слизеобразование
- Адекватную продукцию бикарбонатов
- активную регенерацию поверхностного эпителия слизистой оболочки
- достаточное кровоснабжение слизистой
- Нормальное содержание простагландинов в стенке слизистой оболочки
- Иммунную защиты

Классификация ГДЯ

Классификация ГДЯ

По локализации:

- 1) Язвы желудка: кардиального отдела, тела желудка, пилорического (антрального) отдела
- 2) Язвы 12-перстной кишки: луковичные и внелуковичные

По числу язв: одиночные и множественные (более 2 язв, в т.ч. Желудок + 12-перстная кишка)

По размерам: мелкие (до 0,5см), средние (0,5-2 см), большие (2-3 см), гигантские (3 см в диаметре и более)

По фазе течения процесса: обострение, рубцевание язвенного дефекта, ремиссия

По типу желудочной секреции: на фоне повышенной секреции желудка, на фоне сохраненной секреции желудка, на фоне пониженной секреции желудка

Осложнения Язвы (в 10% всех случаев): перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, рубцово-язвенная деформация (выходного отдела желудка и ДПК) и стенозирование этих отделов

Клинические проявления ГДЯ

1. Субъективно – жалобы на:

- А) боли – основной симптом, связаны с приемом пищи, периодичные, от ноющих (при язвах тела желудка) до режущих, сверлящих (при пилорических язвах и язвах внеульковичного отдела ДПК), купируются после приема антисекреторных препаратов:
- 1) Ранние боли – возникают сразу после еды (при язве кардиального отдела желудка) или через 20-40 минут после еды (при язве тела желудка)
 - 2) Поздние боли – возникают через 1,5-2 часа после приема пищи (при язвах пилорического отдела желудка и бульбарного отдела ДПК)
 - 3) «голодные» (ночные) боли – возникают ночью (чаще в 3-4 часа, характерны для язв ДПК), уменьшаются после приема пищи
- Б) изжога – чувство жжения по ходу пищевода в результате заброса в его просвет кислого содержимого на фоне повышенной желудочной секреции, отрыжка кислым, кислый вкус во рту (особенно характерны для дуоденальных язв)
- В) тошнота, чувство тяжести в эпигастральной области сразу после еды
2. Объективно: обложенный язык, болезненность в эпигастрии при поверхностной пальпации.
Симптом Менделя

Клиника основных осложнений ГДЯ

1. кровотечение: рвота с примесью алой крови к рвотным массам или в виде кофейной гущи, мелена, симптомы острой кровопотери
2. Перфорация: при ее угрозе характерно изменение типичного «язвенного» ритма болей, их стойкость к проводимому лечению, появление иррадиации боли, в момент перфорации – «кинжальная боль» в эпигастральной области, симптомы перитонита
3. Пенетрация: клиника определяется органом, вовлеченным в патологический процесс
4. Стеноз привратника и ДПК: постепенное нарастание рвоты (в том числе и съеденной пищей), отрыжка тухлым, истощение

Лечебная тактика:

1. Диета на период обострения (минимум 2-3 недели) - № 1; химическое, механическое, термическое щажение желудка, исключение томатного соуса, шоколада, кофе и др.
2. Эрадикационная терапия (по схеме как при лечении хронического гастрита). Если диагностика хеликобактерной инфекции не проводилась, а диагноз ГДЯ выставлен – все равно проводят эрадикацию.
3. Антисекреторные препараты длительно (до 1 года): ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг 1 раз/сутки внутрь, блокаторы H₂-рецепторов гистамина, фамотидин 40 мг 1 раз/сутки внутрь), М-холинолитики (гастроцепин); антациды (альмагель, гефал, фосфалюгель – через 1 час после еды)
4. Репаранты слизистой – особенно при желудочных язвах (облепиховое масло по 1 десертной ложке 3 раза/сутки перед едой, солкосерил, масло шиповника, денол и др.)*
5. Физиотерапевтическое лечение (электропроцедуры, ультразвук, тепловое лечение: аппликации озокерита, парафин, грязевые аппликации)

* Антихеликобактерная терапия первой линии. Продолжительность лечения: 10-14 дней. Блокаторы протонной помпы: омепразол (Омез) по 20 мг 2 раза в день, или лансопразол (Ланзап) по 30 мг 2 раза в день, или пантопразол по 40 мг 2 раза в день, или рабепразол (Париет) 20 мг 2 раза в день, или эзомепразол (Нексиум) 40 мг в день. Антибиотики: кларитромицин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин 1000 мг 2 в день, или метронидазол 500 мг 2 раза в день
Антихеликобактерная терапия второй линии. Продолжительность лечения: 10-14 дней. Блокаторы протонной помпы; препараты солей висмута (де-нол 120 мг 4 раза в день). Антибиотики: тетрациклин 500 мг 4 раза в день и метронидазол 500 мг 3 раза в день

Хронический гепатит

Хронический гепатит – хроническое воспаление в печени, продолжающееся без тенденции к улучшению не менее 6 месяцев после первоначального выявления и/или возникновения болезни.

Этиология ХГ:

- 1) Алкоголь – ХГ возникает при ежедневном употреблении более 40 мл чистого этанола на протяжении 6-8 лет
- 2) Вирусы гепатита В, С, D – хронизация гепатита В наблюдается у 5-10% больных, перенесших острую форму заболевания, а гепатита С – у 50-85% больных (преимущественно у тех, кто употреблял алкоголь)
- 3) ЛС (АБ, сульфаниламиды, противотуберкулезные, психотропные, препараты железа)
- 4) Промышленные и природные токсины (хлорированные углеводороды, нафталин, бензол, мышьяк, фосфор, свинец, ртуть, золото, природные грибные яды)
- 5) Паразитарные инфекции (описторхоз, шистосомоз)
- 6) Хронические неспецифические инфекции – приводят к возникновению реактивного ХГ
- 7) Аутоиммунные нарушения – развитие ХГ связывают с функциональной неполноценностью Т-супрессоров

Клиническая картина ХГ

1. Персистирующий ХГ:

- Астеноневротический синдром (нерезко выраженная слабость, снижение аппетита, ухудшение общего состояния)
- Диспепсические явления (тошнота, отрыжка, горечь во рту)
- Незначительная иктеричность склер, желтуха
- Незначительная гепатомегалия (печень слегка уплотнена, с закругленным краем и ровной поверхностью)
- Тяжесть или тупая боль в правом подреберье
- В БАК показатели функции печени не изменены

2. Активный ХГ:

- Астеноневротический синдром (общая слабость, утомляемость, похудание, раздражительность, снижение аппетита)
- Повышение температуры тела (обычно до сульфеврильных цифр)
- Диспепсические явления (тошнота, отрыжка, горечь во рту, вздутие живота, неустойчивый стул)
- Иктеричность склер, желтуха различной интенсивности чаще транзиторного характера
- Значительная гепатомегалия (печень увеличена, плотная, с заостренным краем, болезненная)
- Тупая боль в правом подреберье, увеличивающаяся после еды
- Возможен кожный зуд (при явлениях холестаза), признаки геморрагического диатеза (носовые кровотечения, геморрагии на коже – чаще при высокой активности процесса)
- Иногда определяется нерезко выраженная спленомегалия
- Возможны системные проявления (артралгия, перикардит, ГН, тиреоидит и др.)
- В БАК повышен уровень АсАТ, АлАТ в 3-5 раз и более, ГГТП, тимоловая проба

Лабораторная диагностика

Выделяют ряд синдромов:

А) цитолитический синдром – повышение в БАК: АсАТ, АлАТ, ЛДГ, сывороточного железа, ферритина, ГГТП (морфологическая основа – дистрофия и некроз гепатоцитов)

Б) синдром мезенхимального воспаления – повышение в БАК: СРБ, серомукоида, СОЭ, гипергаммаглобулинемия, положительная тимоловая проба (морфологическая основа – воспалительная инфильтрация печёночной ткани и усиление фиброгенеза)

В) синдром печёночно-клеточной недостаточности – БАК: гипербилирубинемия за счет неконъюгированной фракции, снижение альбумина, протромбина, эфиров ХС (морфологическая основа – выраженные дистрофические изменения гепатоцитов и/или значительное уменьшение функционирующей паренхимы печени)