

# ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ



## АКТУАЛЬНОСТЬ

**Хронический гастрит** считается самым распространенным заболеванием системы пищеварения, которое встречается не менее чем у 60 % в общей популяции обследованного населения (по данным биопсии).

**Хронический гастрит** - это хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание желудка, сопровождающееся структурной перестройкой его слизистой оболочки с прогрессирующей атрофией железистого эпителия; нарушениями секреторной, моторной и нередко инкреторной функций.



# ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ

## **Инфицирование:**

- *Helicobacter pylori*;
- другие инфекции: герпес, цитомегаловирусы, грибы.
- **Генетический фактор** (аутоантитела к обкладочным клеткам).
- **Рефлюкс дуоденального содержимого.**
- **Способствующие факторы:**
  - экзогенные;
  - эндогенные.



## *HELICOBACTER PYLORI*

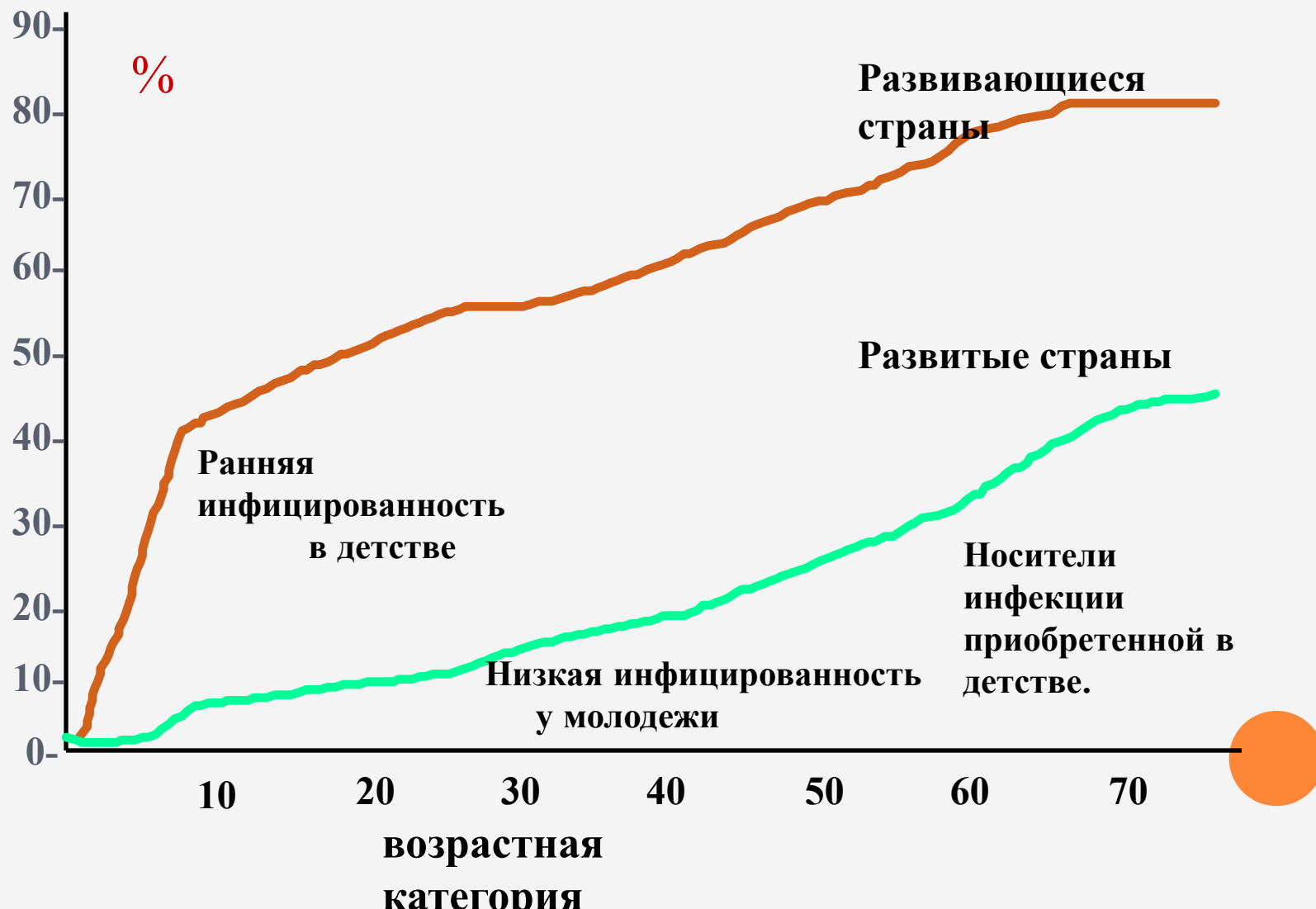
*Helicobacter pylori* — одна из самых распространенных инфекций в мире.

Эти бактерии играют ключевую роль в развитии гастрита, язвенной болезни, В-клеточной лимфомы и рака желудка.

Эрадикационная терапия считается успешной, если обеспечивает частоту излечения более 80%.



# Частота инфицированности *HELICOBACTER PYLORI* В РАЗВИТЫХ И РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ



# HELICOBACTER PYLORI

---

- 1893: спиральная бактерия, обитающая в желудке
- Австралия, 1983: В. Marshall, Р. Warren: *Campylobacter pyloridis*
- Брюссель, 1983: ...значительный скептицизм...
- 1989: *Helicobacter pylori*
- 1993: свыше 700 статей о *H. pylori* в год



## КЛАССИФИКАЦИЯ

- Аутоиммунный (5 %).
- Хеликобактерный (не менее 80 %).
- Рефлюкс-гастрит (10-15 %).
- Смешанный.
- **Особые формы:**
  - гранулематозный;
  - лимфоцитарный;
  - эозинофильный;
  - эрозивный геморрагический;
  - гигантский гипертрофический;
  - ригидный антрум-гастрит;
  - сопутствующий хронический гастрит (при анемии, раке и т. д.);
  - идиопатический - причина не выявлена.



**Таблица 1. Сиднейско-Хьюстонская классификация хронического гастрита**

| Тип гастрита  | Синонимы   | Этиология   |
|---|--|---|
| Неатрофический  | Поверхностный, диффузный, интерстициальный, антральный, тип В                              | <i>H. pylori</i> , другие факторы   |
| Атрофический<br>Аутоиммунный<br>Мультифокальный   | Тип А, диффузный тела желудка, ассоциированный с пернициозной анемией                      | Аутоиммунный, <i>H. pylori</i> , особенности питания, факторы среды                                   |
| Особые формы<br>Химический<br>Радиационный<br>Лимфоцитарный<br>Гранулематозный<br>Эозинофильный | Реактивный рефлюкс-гастрит, тип С, при целиакии, изолированный гранулематоз, аллергический | Желчь, НПВП, лучевые поражения, идиопатический, глютенный, болезнь Крона, саркоидоз, пищевая аллергия |



# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРИТОВ ПО

## ТОПОГРАФИИ:

- антральный;
- фундальный;
- пангастрит.

## **Классификация гастритов по морфологии (по данным биопсии):**

- активный (с инфильтрацией слизистой антрального отдела желудка);
- атрофический;
- с кишечной метаплазией.

## **В зависимости от характера секреции выделяют классификацию хронических гастритов по функциональному признаку:**

- с нормальной или умеренно повышенной секрецией;
- с секреторной недостаточностью (до ахилии).



# АТРОФИЧЕСКИЙ (АУТОИММУННЫЙ) ГАСТРИТ

возникает вследствие развития атрофии слизистой тела и дна желудка, при слабой выраженности воспалительных изменений.

**Патогенез** заболевания обусловлен появлением антител к париетальным клеткам желудка с последующим развитием гипо- и ахлоргидрии. Нередко из-за недостатка внутреннего фактора Касла возникает  $V_{12}$ -дефицитная анемия. Часто атрофический гастрит сочетается с гипотиреозом, СД, витилиго.



# ХЕЛИКОБАКТЕРНЫЙ ГАСТРИТ

Он возникает вследствие неблагоприятного влияния *Helicobacter pylori* и факторов агрессии (в частности, НС1) на процессы регенерации слизистой оболочки желудка, протекающие с выраженными воспалительными явлениями на фоне ослабления факторов защиты. Вследствие этого не происходит II фазы репарации слизистой оболочки желудка, т. е. специализации клеток в обкладочные, главные и т. д. Процесс останавливается на фазе пролиферации клеток, что сопровождается, как правило, гиперсекрецией.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

1. **Синдром желудочной диспепсии**, проявляющийся изжогой, отрыжкой, чувством распирания, тяжестью, снижением аппетита, реже тошнотой и рвотой, которые обычно возникают при погрешности в диете.
2. **Синдром кишечной диспепсии** (метеоризм, урчание, изменение характера стула).
3. **Астеноневротический синдром** (раздражительность, повышенная утомляемость, бессонница, канцерофобия).
4. **При хроническом аутоиммунном гастрите** нередко определяют признаки  $B_{12}$ -дефицитной анемии: желтушно-бледная окраска кожи, одутловатое лицо, седые волосы, отеки, нарушения походки вследствие фуникулярного миелоза, гиперхромная, мегалобластная анемия, могут также обнаруживаться витилиго, признаки гипотиреоза и СД.



# ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

Пример формулировки клинического диагноза:

**Хронический гастрит антрального отдела желудка, *Helicobacter pylori*-ассоциированный, в стадии обострения.**



## ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ -

хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, обусловленное патологическим воздействием на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки агрессивных факторов (главным образом кислотно-пептического и *Helicobacter pylori*) и/или снижением защитных свойств слизистой оболочки, приводящих к периодическому возникновению язвенного дефекта.



# ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ:

- *Helicobacter pylori*;
- генетические факторы;
- длительно и часто повторяющиеся стрессы;
- наличие хронического гастрита, дуоденита, функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта;
- особенности питания;
- курение, алкоголь;
- НПВС, глюкокортикоиды



## ПАТОГЕНЕЗ

В основе патогенеза язвенной болезни лежит нарушение динамического равновесия между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки желудка под воздействием генетических и этиологических факторов. Важнейшим патогенетическим механизмом развития язвенной болезни считается инфицирование слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки *Helicobacter pylori* с появлением воспаления, разрушением защитного слоя и его повреждением, нарушением моторики и ранним сбросом в двенадцатиперстную кишку содержимого желудка.






## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Болевого синдрома**, время возникновения болей зависит от локализации язвенного дефекта, его размеров и глубины.

Боли в области мечевидного отростка, нижней трети грудины и в области сердца, возникающие сразу после еды (ранние боли) для **язв кардиального и субкардиального отделов желудка**.

**Язвенная болезнь тела желудка** сопровождается появлением болей в эпигастральной области через 0,5-1 ч после еды, которые постепенно нарастают по интенсивности и уменьшаются после эвакуации содержимого желудка в кишку. Боли, которые возникают через 1,5-2 ч после еды и исчезают после приема пищи (поздние «голодные» боли) или в ночное время (ночные боли), характерны для **язвы 12-перстной кишки**.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Синдром желудочной диспепсии,** проявляющийся изжогой, отрыжкой, чувством распирания и тяжестью в эпигастральной области, снижением аппетита, реже тошнотой и рвотой, которые обычно возникают при погрешности в диете.

**3. Синдром кишечной диспепсии** (метеоризм, урчание, изменение характера стула).

**4. Астеновегетативный синдром** (повышенная потливость, дисгидроз).



## **ФОРМУЛИРОВКИ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА:**

**Пример формулировки клинического диагноза: язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, (d=0,5x0,3см) в стадии обострения.**



# Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*

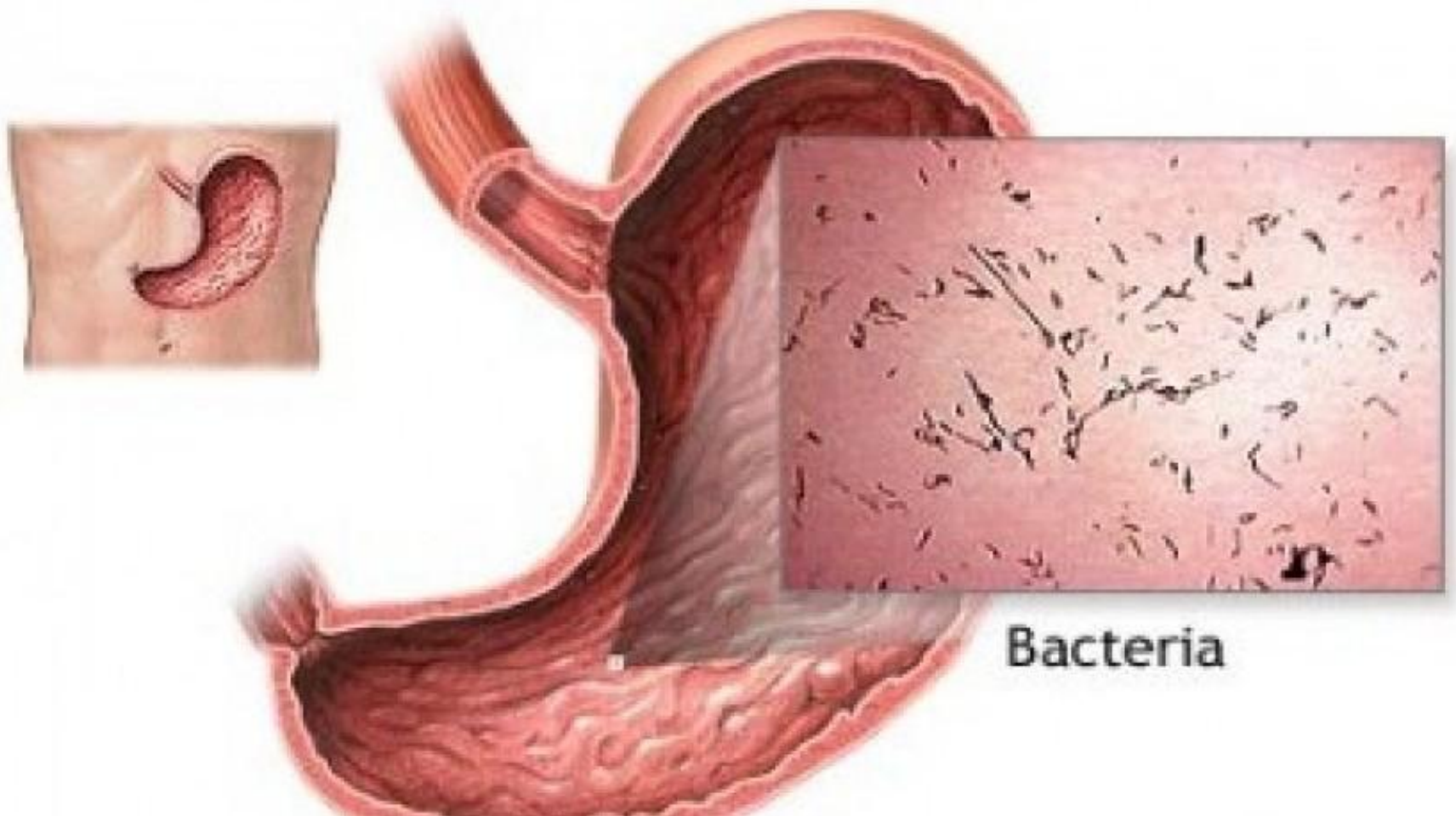
Инвазивные методы (требуют ФГДС)

- А) бактериологический метод
- Б) гистологический метод
- В) быстрый уреазный тест (Хелпил-тест)
- Г) молекулярно-генетический метод (полимеразная цепная реакция) —

Неинвазивные методы (не требуется ФГДС)

- А) серологический метод (скрининг)
- Б) молекулярно-генетический метод (полимеразная цепная реакция) — исследование кала
- В) уреазный дыхательный тест ( $^{13}\text{C}$ ,  $^{14}\text{C}$  мочевины)

or parasites found in food and water



**Bacteria**



# ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА



Эрозивно-геморрагический гастрит



Геморрагический гастрит



# ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА НШВП- ГАСТРОПАТИЙ

кровотечение

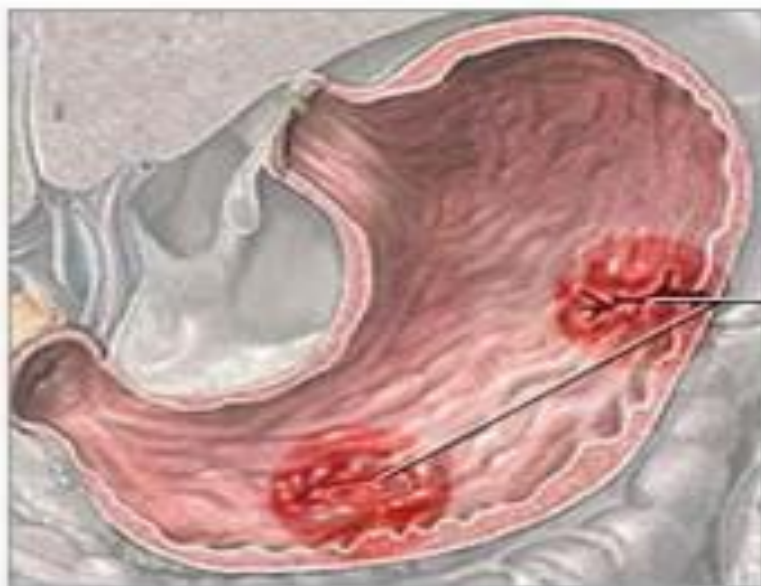


# ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, состояние дна и краев язвы (с обязательной биопсией и гистологическим исследованием для исключения злокачественного характера язвенного поражения при локализации язвы в желудке и выявления *H. pylori*).







Язвы желудка



## ДРУГИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Рентгенологическое исследование с барием** проводится при затруднении к выполнению ЭГДС, а также дополнительно к ЭГДС при необходимости уточнения анатомических особенностей пищевода и желудка (деформации, анастомозы, стеноз, опухоль, инфильтрирующая стенку желудка).



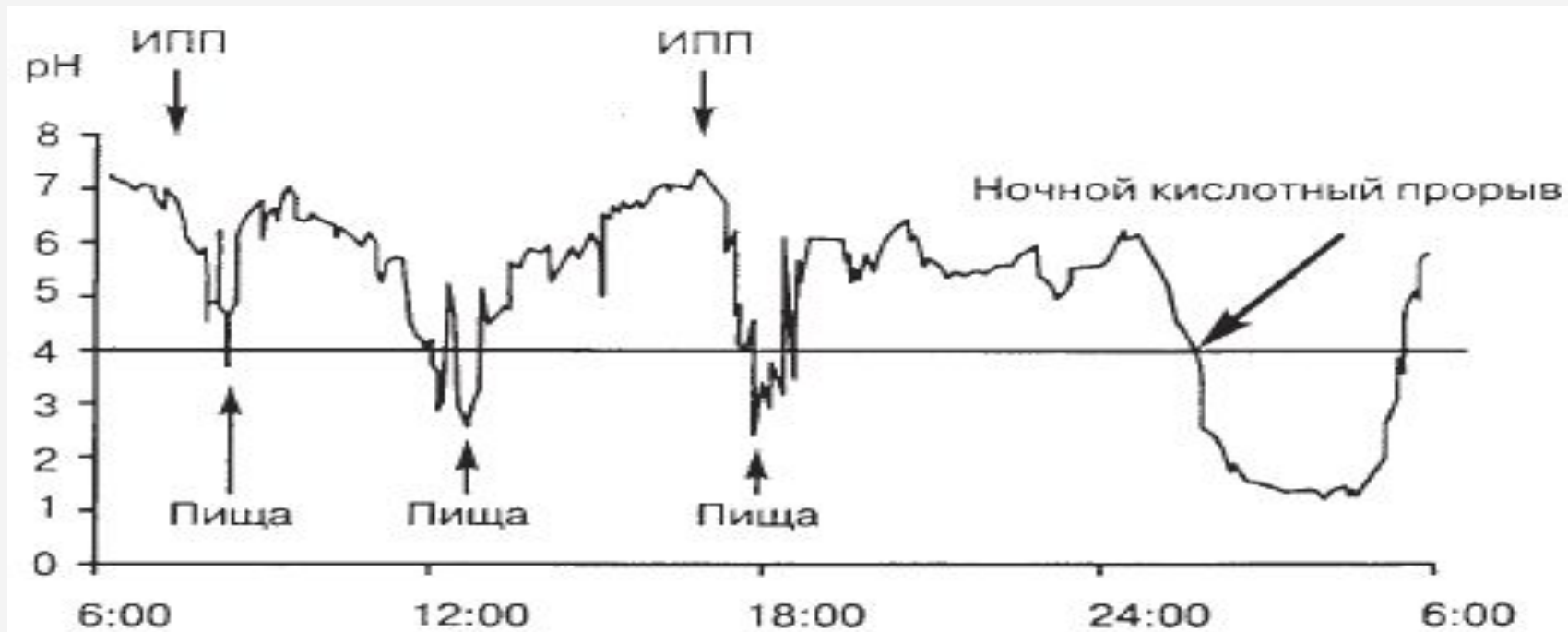
## ИНТРАГАСТРАЛЬНАЯ рН-МЕТРИЯ

**Проведение рН-метрии** (оценка кислотной продукции в зависимости от локализации язвы); (определение рН содержимого различных отделов желудка, пищевода и двенадцатиперстной кишки с помощью измерения электродвижущей силы, образуемой  $H^+$ ), осуществляемой посредством одного многоканального зонда или радиокапсулы.

**Показатели интрагастрального рН в теле желудка** (в норме 1,3—1,7) у больных язвенной болезнью снижаются до 0,9—1,1.





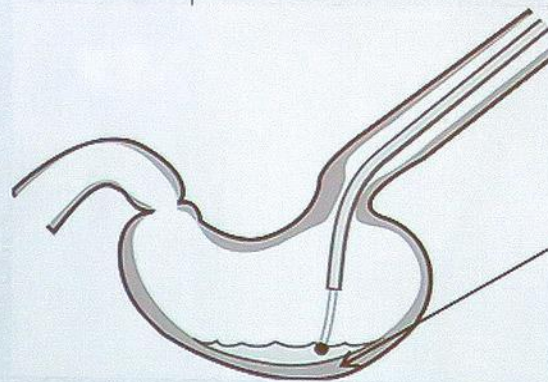
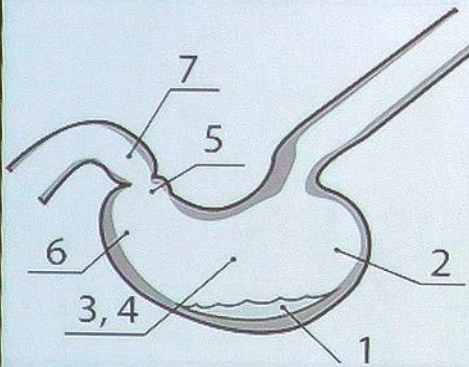


# Эндоскопическая рН-метрия

Под визуальным контролем осуществляется контакт рН-зонда со слизистой оболочкой в стандартных точках

Возможность визуального контроля при измерении рН и точного определения границ кислотопродуцирующей и ощелачивающей зон желудка

| Локализация точек измерения | Пределы колебаний рН |
|-----------------------------|----------------------|
| «Озерцо»                    | 0,9 - 2,2            |
| Свод желудка                | 0,9 - 4,6            |
| Тело желудка                | 1,2 - 1,8            |
| Антральный отдел            | 1,6 - 7,2            |
| Луковица                    | 5,6 - 7,9            |



«озерцо» - содержимое желудка, располагающееся на большой кривизне, на границе тела и свода

# Рекомендации по диагностике

---

- Получение положительных результатов уреазного теста и «Хелик-теста» при отрицательных — гистологического метода или ПЦР может объясняться не ложноположительными результатами, а тем, что при проведении уреазного и «Хелик-теста» определяются продукты жизнедеятельности *H. pylori*, а не сам микроорганизм, который может не попасть в биоптат, исследуемый с помощью гистологического метода или ПЦР.
- «Хелик-тест» рекомендуется как точный неинвазивный метод при проведении оценки эффективности эрадикационной терапии, особенно в детском возрасте.
- Для повышения точности диагностики хеликобактериоза рекомендуется сочетание быстрого уреазного теста или «Хелик-теста» с гистологическим методом исследования (биоптат из тела желудка) или ПЦР (кала).



# Как диагностировать и лечить хеликобактерную инфекцию?

---

## Диагностика *Hp* инфекции до начала

### лечения

- Если больному не проводится эндоскопия, то с диагностической целью используют уреазный дыхательный тест и определение антигенов *H.pylori* в кале.
- Если больному проводится эндоскопия, то с диагностической целью используют быстрый уреазный тест.
- Серологический тест может быть использован при кровотечениях, атрофии слизистой оболочки, MALTоме и при проведении сопутствующей терапии ингибиторами протонной помпы или антибиотиками.





---

Несмотря на высокий процент инфицирования населения *H. pylori*, подавляющее большинство инфицированных лиц не имеют клинических проявлений на момент диагностики, но они представляют собой группу риска, в которой с течением времени развивается

- хронический гастрит
- язвенная болезнь желудка
- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- В-клеточная MALT - лимфома или аденокарцинома желудка.



# ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ *H. PYLORI*

---

## «Маастрихт -III» Флоренция 2005г – Согласительное совещание гастроэнтерологов

- Язвенная болезнь желудка и ДПК как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии, а также после лечения осложнений - осложненные формы.
- МАЛТома (редкая опухоль - В-клеточная лимфома, происходящая из лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками).
- Атрофический гастрит
- Состояние после резекции желудка по поводу рака
- Близкое родство с лицами, страдающими раком желудка (то есть, эрадикация *H. pylori* показана лицам, являющимся ближайшими родственниками больных раком желудка).
- Желание пациента (после полной консультации врача).



# МААСТРИХТ IV, ДУБЛИН, СЕНТЯБРЬ 2011

## ДОПОЛНЕНИЯ

---

К прежним показаниям добавились

- ЖДА неустановленной этиологии (идиопатическая)
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- Недостаточность витамина В12



# СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

## I линия

- ИПП (двойные дозы) **Омез 40 мг**, Амоксициллин (1 г два раза в день) и Кларитромицин (500 мг два раза в день) назначают в течение 10 дней.

## II линия

- ИПП (двойные дозы) **Омез 40 мг** с Левофлоксацином (**Леволет**) (500 мг в день) и Амоксициллин (1 г два раза в день) в течение 10 дней.
- **Квадротерапия** - ИПП (двойные дозы) **Омез 40 мг** в день, Висмут 120 мг четыре раза в день, Метронидазол 250 мг четыре раза в день, Тетрациклин 500 мг четыре раза в день в течение 10 дней.

# СЕМЕЙСТВО ОМЕЗ



# ПРАВИЛА АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ

- Если данная схема лечения не приводит к наступлению эрадикации, повторять ее не следует.
- Если данная схема не привела к эрадикации, значит бактерия приобрела устойчивость к одному из компонентов схемы.
- Если использование одной, а затем и другой схемы лечения не приводит к эрадикации, то следует проверять чувствительность штамма *H. pylori* к антибиотикам.
- Появление бактерии в организме спустя год, следует расценивать как рецидив инфекции.



# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИИ

- Эффективность терапии должна быть как минимум 80% при курсе терапии 7-14 дней.
- Побочные эффекты, приводящие к отмене препарата, допустимы менее чем в 5% случаев.
- Диагностика эрадикации должна осуществляться не ранее 4 недель после окончания антихеликобактерной терапии.
- Диагностика эрадикации осуществляется как минимум 2 методами: гистологическим и уреазным или дыхательными тестами.



# Осложнения язвенной болезни:

- кровотечение;
- стеноз привратника;
- пенетрация в смежные органы;
- малигнизация;
- перфорация язвы;
- перивисцериты.





# ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

1. Организация правильного режима и характера питания, борьба с вредными привычками, отказ от приёма лекарственных препаратов, оказывающих ульцерогенное действие.

2. Неинвазивный метод исследования на предраковое поражение желудка:

исследование крови на гастрин-17, пепсиноген -1 и пепсиноген -2 (метод «Гастропанели»).

3. Тестирование на наличие *H.pylori* и проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии в случае обнаружения *H.pylori*.



---

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

