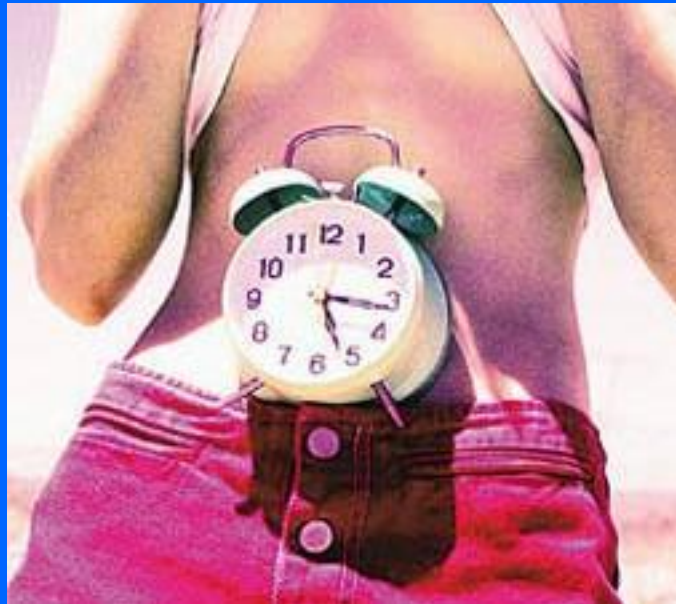


A photograph of a person's midsection, wearing a dark blue long-sleeved shirt and dark pants. The person's hands are placed on their stomach, suggesting discomfort or pain. Overlaid on the person's torso is a glowing, semi-transparent anatomical diagram of the human digestive system. The diagram shows the esophagus, stomach, and small intestine in a bright orange-red color, with a central area of intense yellow and white light, possibly indicating inflammation or a specific point of interest. The background is a blurred indoor setting with warm, bokeh light spots.

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС
ПРИ ГАСТРИТАХ**

ГАСТРИТ

Гастрит (gastritis; греч. gaster желудок + -itis) – воспалительные или воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки желудка.



Может быть первичным и рассматриваться как самостоятельное заболевание и вторичным, сопровождающим ряд инфекционных и неинфекционных заболеваний и интоксикаций.



ОСТРЫЙ ГАСТРИТ

это острое воспаление слизистой оболочки желудка. Острота процесса (острое начало, кратковременность заболевания) обусловлена, с одной стороны, весьма сильными раздражителями, которые попадают в желудок, а с другой – непродолжительностью их действия.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По глубине воспаления:

- ✓ поверхностный (до шеек желез)
- ✓ глубокий (вся толща слизистой оболочки)

По распространенности:

- ✓ очаговый
- ✓ диффузный

По этиологии:

- ✓ инфекционный (гастритическая форма острой кишечной инфекции)
- ✓ неинфекционный (аллергический, химический и др.)

КЛАССИФИКАЦИЯ

По клиническому течению различают:

острый:

✓ простой (катаральным)

✓ фибринозный

✓ коррозивный

✓ флегмонозный

ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ГАСТРИТ



Катаральный гастрит (простой гастрит)

Функциональные нарушения проявляются сначала повышением секреторной функции желудка, усилением тонуса и перистальтики, затем секреторной недостаточностью и гипотонией.

Часто процесс распространяется на тонкую и толстую кишку, развивается гастроэнтероколит.

ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ГАСТРИТ

Симптомы появляются через 6-8 часов после воздействия на слизистую оболочку желудка патогенного фактора.

В клинической картине доминирующими симптомами являются:

- ✓ резкие схваткообразные боли
- ✓ чувство жжения в эпигастральной области
- ✓ неприятный вкус во рту
- ✓ отрыжка
- ✓ изжога,
- ✓ тошнота
- ✓ повторная рвота кислым содержимым с примесью слизи и

ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ГАСТРИТ

Катаральный гастрит, и особенно гастроэнтерит инфекционной или аллергической природы, протекающий с многократной рвотой и поносом, может сопровождаться симптомами обезвоживания (сухость во рту, икота, нарастающая общая слабость, нередко судорожные подергивания мышц конечностей), повышением температуры тела, нарушениями функции сердечно-сосудистой системы.

ДАННЫЕ ОСМОТРА:

- Кожные покровы бледные.
- Температура субфебрильная.
- Язык сухой, обложен белым налетом.
- Пульс частый.
- Живот пальпаторно мягкий, болезненный в эпигастральной области и вокруг пупка.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- ✓ ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево , ускоренное СОЭ
- ✓ ОАМ: в моче – белок и единичные цилиндры
- ✓ при подозрении на кишечную инфекцию желудочное содержимое и кал направляют на бактериологическое, кровь – на бактериологическое и серологическое исследования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

рентгенологическое исследование

отмечаются набухание складок слизистой оболочки, накопление в желудке слизи, нарушение моторики (в т.ч. усиление перистальтики), небольшое скопление газа.

Характерным для острого экзогенного гастрита является нарушение двигательной функции желудка, которая может быть исследована неинвазивно при помощи электрогастрографии.

Гастроскопия в разгар заболевания переносится больным с трудом, поэтому почти не находит применения.

✓ слизистая оболочка желудка гиперемирована, отечна, на ней имеются геморрагии и эрозии;

БИОПСИЯ - микроскопически выявляется лейкоцитарная инфильтрация подслизистой основы.

Лечение

1. удаление патогенного раздражителя из желудка.

Зондовое промывание желудка или искусственно вызывают рвоту после приема нескольких стаканов теплой воды или слабого раствора гидрокарбоната натрия.

2. голод в течение 1-2 дней; жидкость (минеральную воду, чай), с постепенным расширением диеты (протертая и слизистая пища) с третьего дня заболевания.

3. при возникновении явлений обезвоживания организма в/в капельно 5% раствора глюкозы и 0,85% раствора хлорида натрия.

4. антациды: альмагель А, маалокс (4 раза по 1 столовой ложке между приемами пищи и на ночь или по потребности)

5. адсорбенты: активированный уголь

6. при остром гастрите инфекционной этиологии (пищевых токсикоинфекциях) применяют антибактериальные препараты.

7. тяжелые случаи с распространенными эрозиями: H₂-блокаторы или ингибиторы протонного насоса.

Фибринозный гастрит

- возникает при таких инфекционных заболеваниях, как сепсис, скарлатина, корь, брюшной тиф, и характеризуется образованием на поверхности слизистой оболочки желудка фибриновых или фибринозно-гнойных пленок.

Фибринозный гастрит

- Проявляется разлитой тупой болью в эпигастральной области сразу после приема пищи, тошнотой и рвотой. Рвотные массы содержат примесь слизи, крови и фибринозные пленки.
- При осмотре отмечается сухость языка, обложенного грязно-коричневым налетом, разлитая боль при пальпации живота.
- Секреторная и моторная функции желудка снижены.
- При отторжении фибринозных пленок во время рвоты может возникнуть кровотечение.

Лечение фибринозного гастрита

- заключается в лечении основного заболевания.

ОСТРЫЙ КОРРОЗИВНЫЙ ГАСТРИТ

- является следствием попадания в желудок высококонцентрированных растворов щелочей и кислот, а также радиоактивных веществ.

Поражение слизистой оболочки желудка проявляется некрозом с изъязвлениями и кровоизлияниями, аналогичные изменения наблюдаются на слизистой оболочке полости рта и пищевода.

ОСТРЫЙ КОРРОЗИВНЫЙ ГАСТРИТ

При коррозивном гастрите в случае попадания в желудок радиоактивных веществ клиническая картина коррозивного гастрита сопровождается симптомокомплексом острой лучевой болезни.

ОСТРЫЙ КОРРОЗИВНЫЙ ГАСТРИТ

При коррозивном гастрите, вызванном кислотой или щелочью, наблюдаются:

- ✓ острая жгучая боль в полости рта, по ходу пищевода и в желудке,
- ✓ обильное слюноотделение
- ✓ повторная рвота юуроватым желудочным содержимым с примесью слизи, желчи и крови
- ✓ нарушаются речь и глотание
- ✓ возможно развитие обезвоживания

Данные объективного осмотра

- ✓ больной беспокоен,
- ✓ характерны выраженная бледность и влажность кожи,
- ✓ тахикардия,
- ✓ артериальная гипотензия вплоть до коллапса и шока.
- ✓ слизистая оболочка губ, поверхность языка покрыты налетом:
 - при ожоге серной и соляной кислотами появляются серовато-белые,
 - при ожоге азотной кислотой – желтые и зелено-желтые пятна,
 - хромовой – коричнево-красные струпья.

Дополнительные методы обследования

- **Рентгенологическое исследование** - наблюдаются отек слизистой оболочки, набухание складок и мелкие эрозии в виде небольших скоплений взвеси сульфата бария на поверхности слизистой оболочки. Контрастная масса неравномерно распределяется между складками. Перистальтика ослаблена или отсутствует. Из-за спазма привратника нарушено опорожнение желудка. При рубцовых изменениях выявляется сужение желудка, особенно часто в антральном отделе.
- **ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.**
- **ОАМ – протеинурия, единичные цилиндры.**

ОСЛОЖНЕНИЯ

Угрожающий жизни период продолжается 2—3 дня.

В первые часы или дни после отравления может произойти перфорация стенки желудка с развитием перитонита или пенетрация в близлежащие органы. Коррозивный гастрит может осложниться также острой сердечно-сосудистой и печеночно-почечной недостаточностью.

Острая перфорация наступает у 10—15% пациентов в первые часы после отравления.

ЛЕЧЕНИЕ

- ✓ проводится промывание желудка большим количеством теплой воды через зонд, смазанный растительным маслом, (предварительно— обезболивание введением анальгетика).
- ✓ противопоказанием к введению зонда является состояние коллапса и деструкция пищевода.
- ✓ при выраженных болях вводится 1-2мл 1% раствора морфина гидрохлорида внутривенно (*промедол, дроперидол*),
- ✓ борьба с шоком и острой сосудистой недостаточностью
- ✓ комплекс мероприятий, направленных на дезинтоксикацию организма и противодействие метаболическим сдвигам
- ✓ при невозможности питания через рот — парентеральное питание
- ✓ при перфорации желудка, отеках гортани — срочное хирургическое вмешательство.
- ✓ для профилактики стеноза пищевода проводится бужирование

Флегмонозный гастрит

Флегмонозный гастрит (именуемый флегмоной желудка) встречается редко и развивается при проникновении в стенку желудка гемолитического стрептококка, золотистого стафилококка, что может наблюдаться при повреждениях желудка инородным телом, очагах гнойной инфекции в соседних органах, сепсисе.

ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ ГАСТРИТ (О ФГ)

- Причины - проникновение в стенку желудка вирулентной инфекции (гемолитический или золотистый стафилококк)
- при повреждении слизистой инородным телом (рыбья или куриная кость, иголки)
- сепсисе (очаг гнойной инфекции в соседних органах)
- распаде опухоли (рак желудка)

Клиническая картина флегмонозного гастрита

- ✓ высокая лихорадка с ознобами
- ✓ упорная рвота, иногда с примесью гноя
- ✓ сильными болями в эпигастральной области
- ✓ появление симптомов раздражения брюшины

Течение может осложниться перфорацией желудка с развитием абсцессов в брюшной полости, гнойного перитонита, медиастенита, сепсиса, часто приводящих к смерти больного.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Процесс может осложниться перфорацией желудка, тромбофлебитом воротной вены и ее ветвей, медиастинитом, поддиафрагмальным абсцессом, абсцессом печени; возможно также токсико-септическое поражение нервной системы, почек и миокарда.

Осложнения часто приводят к смерти больного.

Дополнительные методы обследования

- ОАК – нейтрофильным лейкоцитоз с токсической зернистостью нейтрофилов, увеличением СОЭ
- R – логически - ограничение подвижности диафрагмы, желудок расширен
- ФГС – желудок расширен, содержит много жидкости, стенки желудка утолщены, складки неразличимы из-за отека, перистальтика отсутствует

Хронический гастрит

- Хронический гастрит - ХГ, хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся нарушением физиологической регенерации и дисплазией слизистой оболочки, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функций желудка.

Хронический гастрит.

Определение

- ХГ - объединяет различные по морфологическому строению, этиологии, патогенезу воспалительные, дистрофические и дисрегенераторные поражения слизистой оболочки желудка.
- Диагноз ХГ правомочен по морфологическим данным, полученным путём биопсии слизистой.

Эпидемиология ХГ

- ХГ болеют более 40-50% населения земного шара, примерно 50% трудоспособного населения развитых стран. Истинная распространенность - выше, т.к. заболевание малосимптомно (малая обращаемость – только 10-15% с ХГ обращаются к врачу)
- Частота заболевания увеличивается с возрастом
 - Пропорциональна инфицированности НР
 - Зависит также от условий и места проживания людей, характера их питания.

Современная классификация хронического гастрита

I. По этиологии:

- а). Микробный (Хеликобактер Пилори и др.)
- б). Немикробный: аутоиммунный, алкогольный, пострезекционный, обусловленный НПВС, химическими агентами

Современная классификация хронического гастрита

II. По морфологическому типу:

- 1). **Неатрофический** (тип В, ассоциированный с НР, антральный, гиперсекреторный) – 70%
- 2). **Атрофический** (тип А, аутоиммунный, ассоциированный с В-12 анемией, фундальный) – 15-18%
- 3). **Особые формы:** химический – тип С, рефлюкс-гастрит; радиационный, лимфоцитарный, гранулематозный, эозинофильный, гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие) и др.

Современная классификация ХГ

(1990 г. IX международный конгресс
гастроэнтерологов. Сидней)

Тип гастрита	Синонимы	Этиологические факторы
Неатрофический	тип В, поверхностный, диффузный антральный и др., Гиперсекреторный	H.Pylori , другие факторы
Атрофический	Тип А, аутоиммунный мультифокальный, диффузный тела желудка, ассоциированный с пернициозной анемией	Аутоиммунный Реже H. Pylori, особенности питания, факторы среды
Особые формы	<i>См продолжение таб.</i>	

Продолжение таблицы

Особые формы	синонимы	этиология
Химический	тип С Реактивный рефлюкс-гастрит	Химические раздражители, желчь, НПВП
Радиационный		Лучевые поражения
Лимфоцитарный,	Вариоломорфный, ассоциированный с целиакией Идиопатический	иммунные механизмы, глютен, H.Pylori
Неинфекционный и другие виды :эозинофильный	Гранулематозный аллергический	Гранулематоз, болезнь Крона, саркоидоз, и др.

Этиология

Возникновение и прогрессирование ХГ обусловлено сочетанным воздействием на слизистую оболочку желудка множества факторов. Существуют две группы этиологических факторов ХГ – экзогенные и эндогенные.

Экзогенные факторы

- инфицирование Hр;
- алиментарные факторы;
- злоупотребление алкоголем;
- курение;
- длительный приём лекарств, раздражающих СОЖ;
- воздействие на СОЖ химических агентов;
- воздействие радиации;
- другие бактерии (кроме Hр);
- грибы;
- паразиты.

Эндогенные факторы

- генетические факторы;
- дуоденогастральный рефлюкс;
- аутоиммунные факторы;
- эндогенные интоксикации;
- гипоксемия;
- хроническая инфекция;
- нарушения обмена веществ;
- эндокринные дисфункции;
- гиповитаминозы;
- рефлекторные влияния на желудок с других поражённых органов.

Патогенез ХГ

- Повреждение слизистой оболочки желудка и ее желез
- Местные сосудистые нарушения
- Нарушение регенерации железистого эпителия
- Нарушение регуляции желудочной секреции
- Нарушение регуляции моторной функции желудка

Патогенез неатрофического гастрита

НР

*Адгезия,
цитотоксичность,
продукция
уреазы*

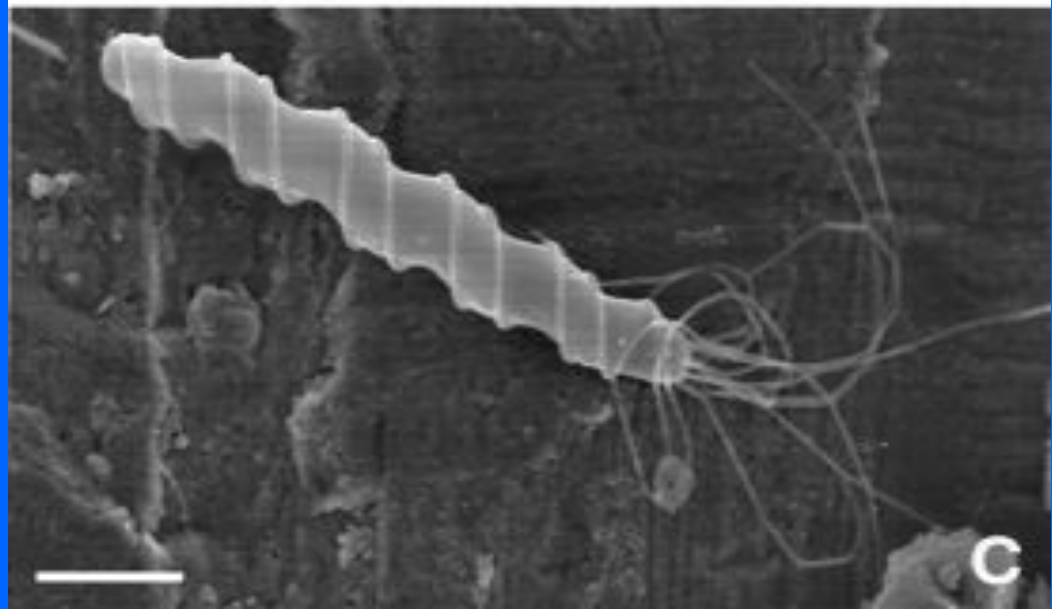
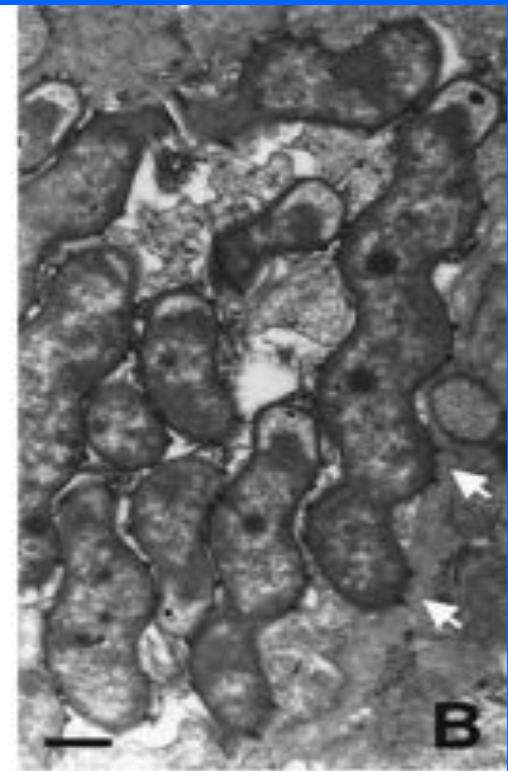
*полиморфно-
ядерная
лейкоцитарная
инfiltrация
слизистой*

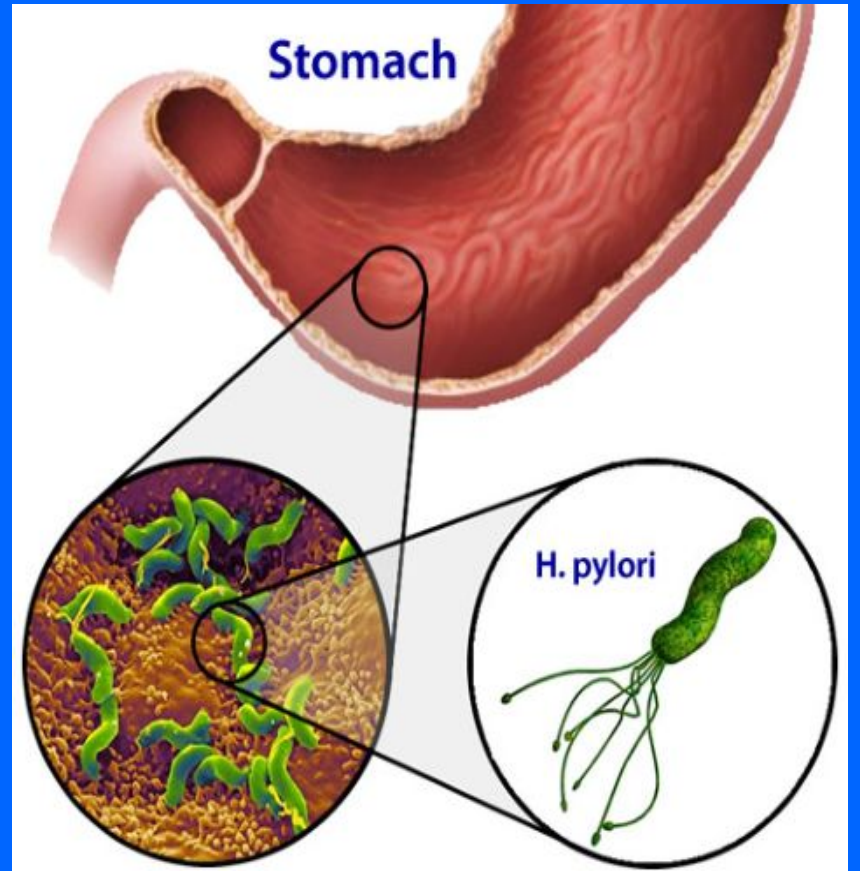
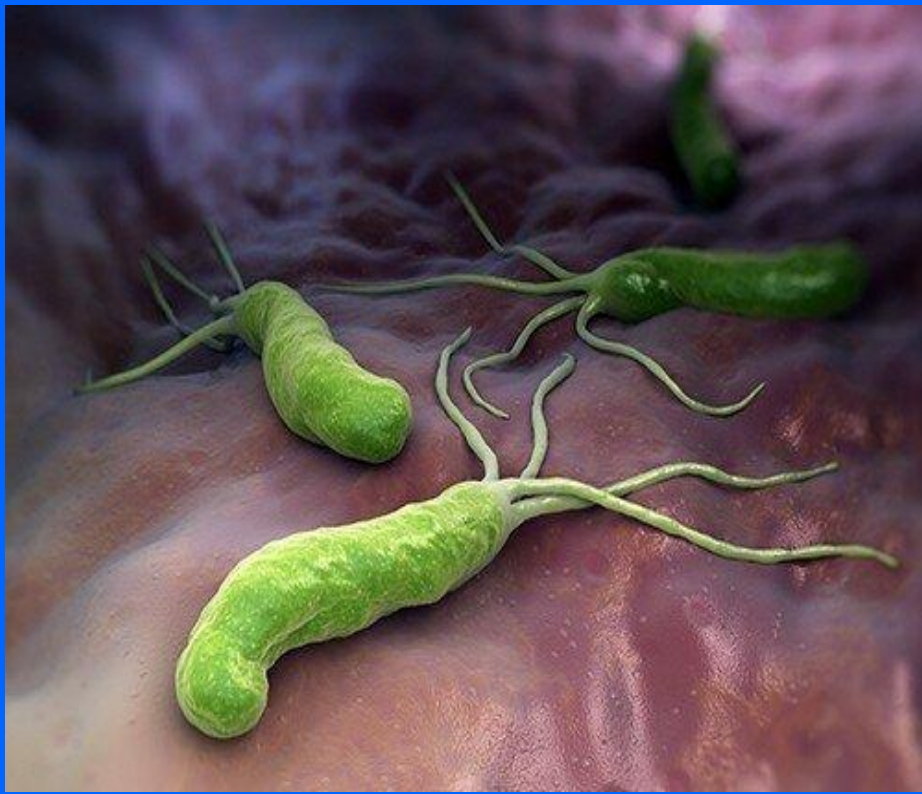
*плазмоцитарная
инfiltrация
собственной
пластинки*

*постоянное
повреждение
эпителия,
пролиферация.*

- *Helicobacter pylori*.

Электронная
микроскопия (А. Ли,
1996г.)





Патогенез неатрофического гастрита

- *В результате воспалительного процесса, вызванного НР имеет место преобладание процессов пролиферации над дифференцировкой эпителия, что становится ведущим патогенетическим механизмом и приводит в дальнейшем к кишечной метаплазии эпителия.*

Патогенез аутоиммунного (атрофического) гастрита

Аутосомно-доминантное заболевание
Образование антител к собственным париетальным клеткам
Недостаточная выработка внутреннего фактора Кастла

**Атрофия
фундальных желез**

Ахлоргидрия

**Дефицит
витамина В12,
Мегалобластная
анемия**

**Патогенез химического реактивного гастрита -
повреждение слизистой оболочки желудка за счет
непосредственного воздействия**

- а) Дуодено-гастрального рефлюкса
(заброс в желудок желчных кислот,
панкреатического сока при других
заболеваниях ЖКТ)**
- б) Химических раздражителей –
(длительный неконтрольный прием
НПВС, ГКС и др.)**

Особые формы ХГ. Лимфоцитарный гастрит

- Этиология и патогенез неизвестны
- Пангастрит
- Макроскопия при ФЭГДС – утолщенные складки, узелки, эрозии
- Выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия

Особые формы ХГ. Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие)

- Редкая форма ХГ
- Макроскопия –гигантские складки слизистой, извитые, расширенные ямки
- Гистология – резко утолщенная слизистая, эпителий уплощен, признаки кишечной метаплазии, кисты различных размеров
- Абсолютное и относительное уменьшение главных и обкладочных клеток

Особые формы ХГ.

Эозинофильный

(аллергический) гастрит

- Этиология неизвестна.
- Поражение антрального отдела
- Часто сопровождается пищевой аллергией, бронхиальной астмой, экземой
- Выраженная инфильтрация слизистой и других слоев желудка эозинофилами, лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками, Ig E

Особые формы ХГ.

Гранулематозный гастрит

- Встречается как проявление болезни Крона, саркоидоза, реже как самостоятельная форма
- Макроскопия – гранулемы на слизистой
- Микроскопия – эпителиоидно-клеточные скопления, иногда с примесью гигантских многоядерных клеток

Морфология хронического гастрита. Эндоскопия. Особые формы.

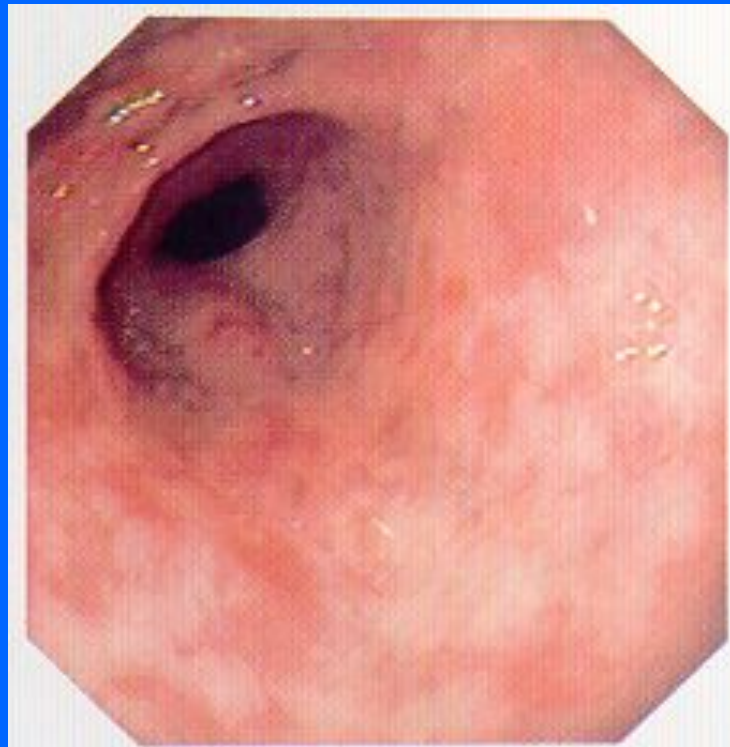
- **Гранулематозный гастрит**
(Фото - А. Lee, F. Megraud, «Helicobacter Pylori», 1996)



(e) Nodular gastritis

Морфология хронического гастрита. Эндоскопия.

- Кишечная метаплазия эпителия
(Фото - А. Lee, F. Megraud,
«Helicobacter Pylori», 1996)



(g) Intestinal metaplasia

Морфология хронического гастрита. Эндоскопия. Особые формы.

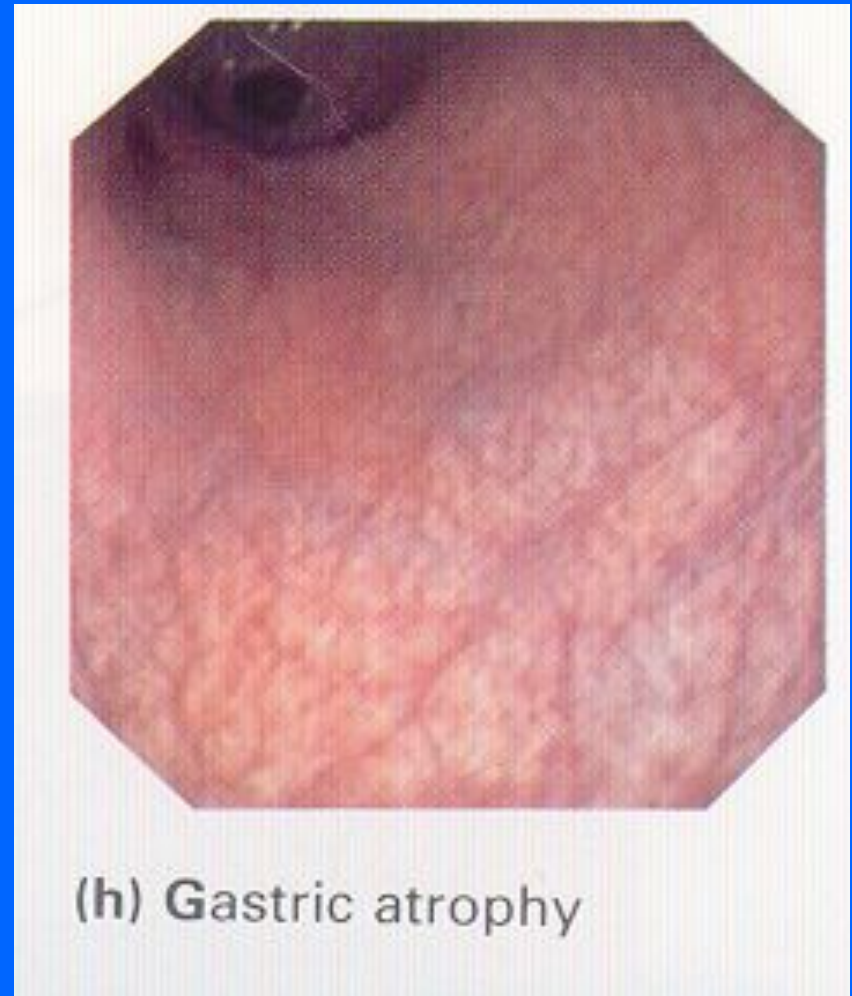
- **Болезнь Менетрие.**
Гипертрофия складок.
(Фото - А. Lee, F. Megraud,
«Helicobacter Pylori», 1996)



Морфология хронического гастрита. Эндоскопия.

- **Атрофия слизистой желудка .**

(Фото - А. Lee, F. Megraud, «Helicobacter Pylori», 1996)



Клиника хронического неатрофического гастрита

- *Встречается чаще у лиц молодого возраста*
- *Основные клинические синдромы*
 - а) диспепсический (желудочная, кишечная диспепсия)
 - б) болевой (реже)
- Боли связаны с приемом пищи, возникают спустя 20-30 мин после еды, не имеют сезонного характера. Болезненность при пальпации носит чаще диффузный характер или локальный (в пилородуоденальной области).

Клиника хронического неатрофического гастрита

- Диспепсический синдром проявляется отрыжкой воздухом, кислым, изжогой (синдром ацидизма – при ХГ с сохраненной и повышенной секрецией), тошнотой, склонность к запорам
- Неврастенический синдром – повышенная раздражительность, плохой сон, быстрая утомляемость

Клиника хронического атрофического гастрита

- Частое развитие в среднем и пожилом возрасте
- Сочетание с В₁₂- дефицитной анемией, тиреоидитом, тиреотоксикозом
- Признаки гипо-, ахлогидрии: снижение аппетита, диспепсия (чувство тяжести, отрыжка пищей и воздухом, метеоризм, неустойчивый стул)
- Слабо выраженный болевой синдром

Клиника химического (реактивного) гастрита

- Болевой синдром – боль в эпигастрии, усиливающаяся после приема пищи
- Рвота с примесью желчи.
- Признаки патологии желчевыделения при исследовании
- Частое похудание

Гранулематозный гастрит

- Развивается при болезни Крона, саркоидозе, туберкулезе. В клинической картине преобладают симптомы основного заболевания. Характерна диспепсия.

Эозинофильный гастрит

- При пищевой аллергии, бронхиальной астме, экземе. В крови возможна эозинофилия. Специфических гастроэнтерологических проявлений нет.

Гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие)

- Клинические синдромы: болевой, диспептический, анорексия, диарея, потеря массы тела
- Морфологически – СО желудка в виде гигантских складок.

Диагностика хронического гастрита Основные методы.

- **фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)**
- *Неатрофический гастрит – слизистая оболочка (СО) блестящая, отечная, гиперемированная, возможны эрозии, кровоизлияния*
- *Атрофический гастрит – СО истончена, рельеф сглажен*
- *Химический – привратник зияет, СО гиперемирована, отечна*
- *Гипертрофический гастрит – в желудке гигантские складки, большое количество слизи*

Диагностика хронического гастрита Основные методы.

- *рентгенография* - диф. диагностика с опухолями, ЯБЖ и 12.п.к., выявление моторных нарушений
- *гистологическое исследование слизистой* – характеристика морфологических изменений,
- *лабораторная диагностика хеликобактериоза*
- *функциональные методы – фракционное исследование желудочного сока, желудочная рН-метрия, манометрия различных отделов*

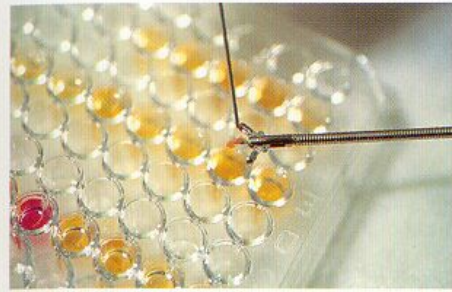
Диагностика ХГ.

- ОАК – анемия (при длительных и множественных эрозиях – гипохромная железодефицитная; при ХГ типа А – гиперхромная В12-дефицитная)
- Исследование кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена – бензидиновая проба, Вебера – гваяковая проба, новый - иммунохимический метод)

Диагностика ХГ

1) Эндоскопическая картина различных отделов желудка в норме

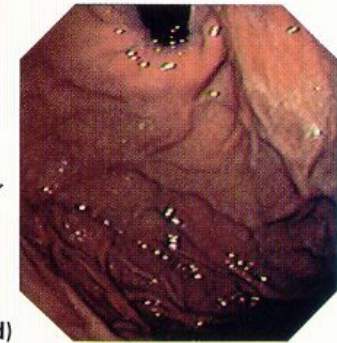
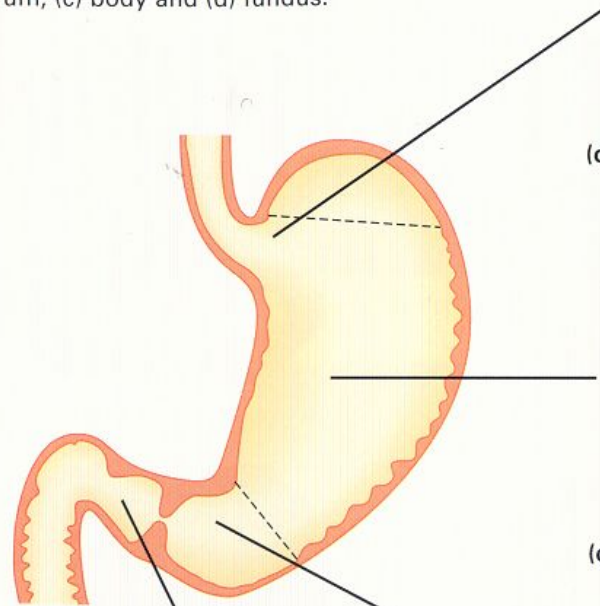
2) Кло-тест (уреазный с биопсией)



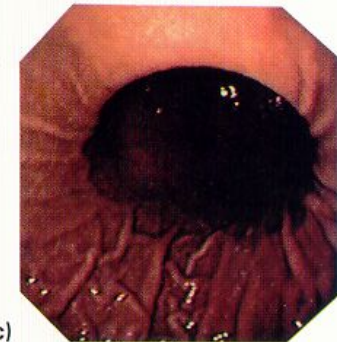
I(c)

Plate I (a&b) CLOtest®,
(c) Urease biopsy assay.

Plate II Normal endoscopic findings: (a) duodenum, (b) antrum, (c) body and (d) fundus.



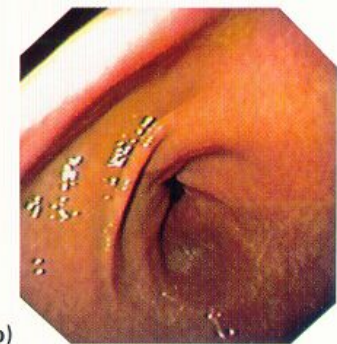
(d)



(c)



(a)



(b)

Диагностика хронического гастрита Основные (а) и дополнительные (б) методы

- исследования
- а) Эндоскопия с прицельной биопсией
 - б) Ультразвуковое исследование
брюшной полости (дифференциальный
диагноз)



Методы исследования на хеликобактер пилори (НР) –

ИНВАЗИВНЫЕ:

- Гистологический (цитологический) – выявление возбудителя в биоптатах при спец. окраске,
- Биохимический (уреазный тест) – определение фермента уреазы в биоптате слизистой желудка
- Бактериологический (культуральный)
- Цитологический – микроскопия мазков-отпечатков
- Иммуногистохимический – с применением моноклональных АТ
- Молекулярно-генетический (ПЦР, определение фрагментов ДНК возбудителя в биоптатах и др.).

Методы исследования на хеликобактер пилори (НР) – неинвазивные:

- Иммунологические: ИФА - выявление антител к НР в крови, одностадийный иммунохроматографический метод (антигенный тест) - в кале
- Дыхательный тест – определение активности уреазы в выдыхаемом воздухе

С-уреазный дыхательный тест

- Метод основан на том, что принятая внутрь мочевины, меченая ^{13}C , под влиянием уреазы *Нр* разлагается с образованием аммиака и CO_2 . В выдыхаемом CO_2 определяется содержание ^{13}C и по его уровню делается заключение об инфицированности *Нр*. Применяется как для первичной диагностики инфекции *Helicobacter pylori*, так и для контроля лечения (достаточно дорог)

Диагностика хеликобактериоза. (Микроскопия. Окраска по Граму.)

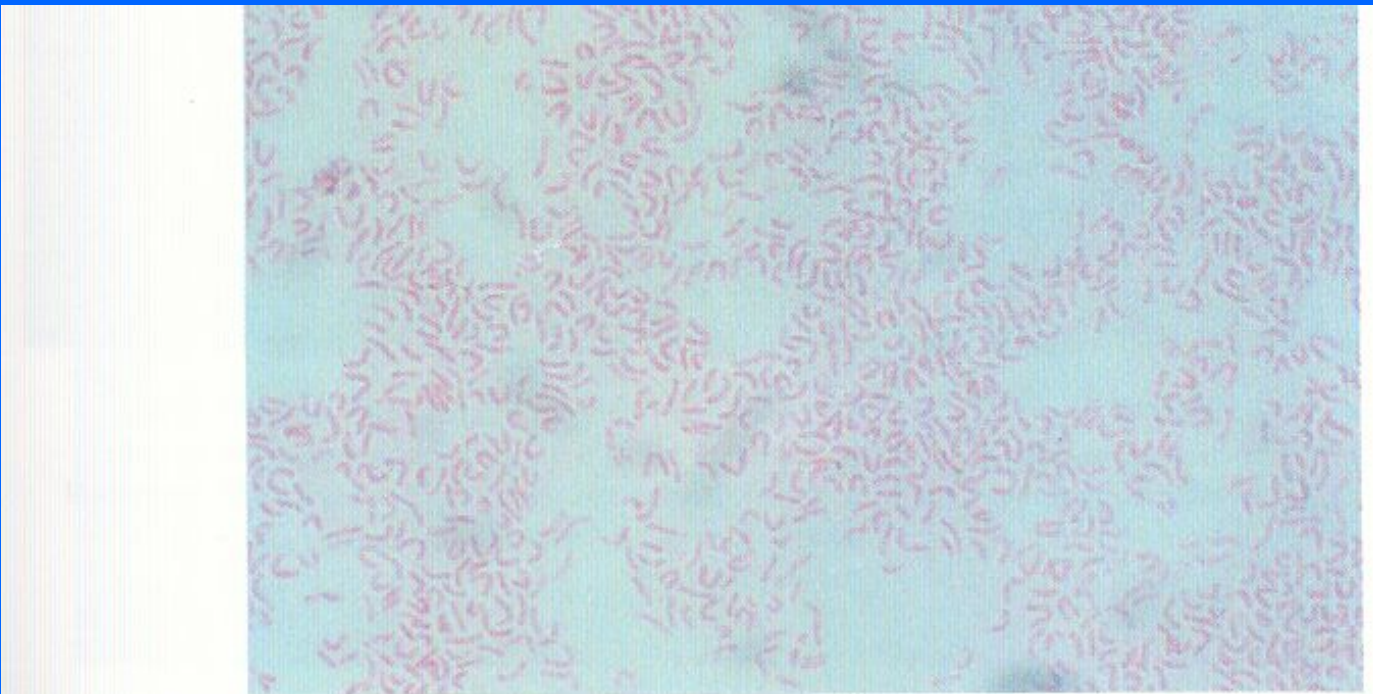


Plate VI Gram stain of a fresh clinical isolate of *Helicobacter pylori*. Note the varied morphologies and that a spiral/helical shape is rarely seen.

Диагностика хеликобактериоза. (Микроскопия. Спец. окраска)



Plate IX Large numbers of *Helicobacter pylori* seen in a cresyl fast violet strain ($\times 100$; original enlarged $\times 4$).

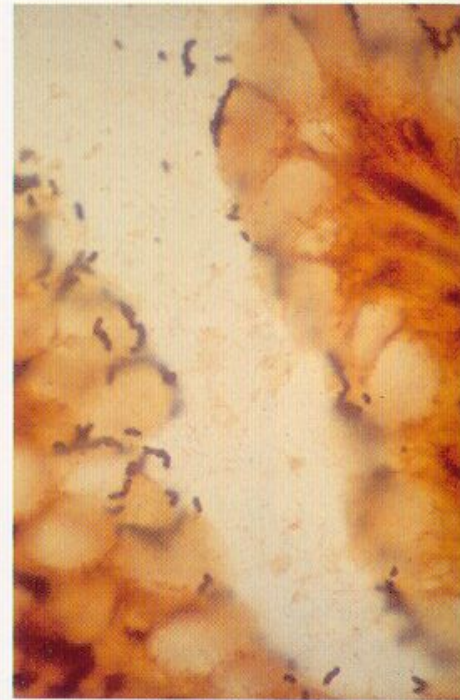


Plate VIII *Helicobacter pylori* seen in a Warthin-Starry preparation ($\times 100$ oil; original enlarged $\times 4$).

Диагностика хеликобактериоза. (Уреазные тесты.)

А) НР выявляется по содержанию уреазы в биоптатах в присутствии индикатора (рис.)

Б) Дыхательный тест – содержание уреазы в выдыхаемом воздухе содержащем CO_2 с мечеными изотопами C^{13} или C^{14}



Дифференциальный диагноз ХГ

1. С функциональными расстройствами желудка – с помощью биопсии
2. С язвенной болезнью – по характеристике болевого синдрома, данным ФЭГДС, рентгенографии
3. С опухолями желудка (атрофический гастрит) – комплексное рентгеноэндоскопическое исследование, с прицельной биопсией слизистой

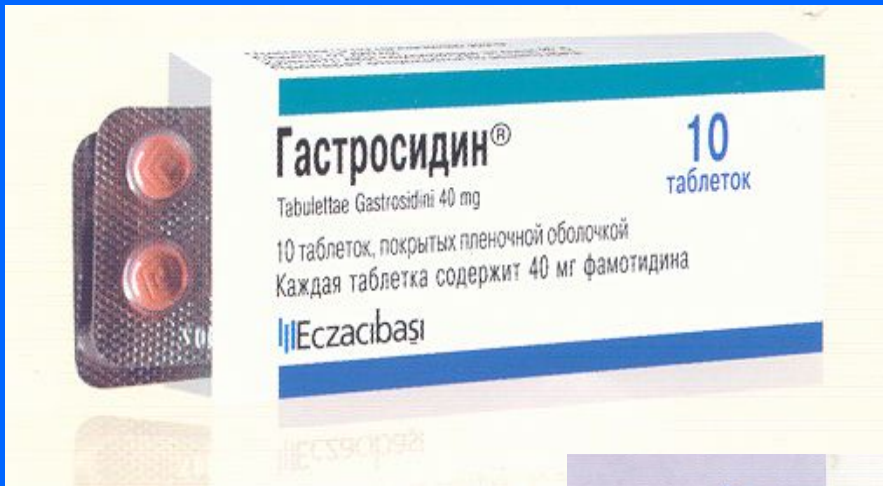
Принципы лечения ХГ.

- Амбулаторное, при тяжёлых обострениях и необходимости диф. диагностики – стационарное.
- Комплексное: нормализация образа жизни, соблюдение диеты, прием лекарственных препаратов, исключение стрессов, психотерапия.
- Диета: механическая, химическая, термическая защита желудка (в период обострения). Дробность 5-6 раз в день.
- Отказ от курения, алкоголя

Фармакотерапия хронического гастрита, ассоциированного с НР

- **Антисекреторные препараты:** H₂ блокаторы, блокаторы протонного насоса – ранитидин 0,15 - 2 р./сут., фамотидин 0,04 - 1р./сут., омепразол, лансопразол 0,02 1-2 р./сут
- **Антибактериальные препараты (эрадикация *H.pylori*)** – см. далее
- **Регуляторы моторики (прокинетики):** блокаторы допаминовых рецепторов – метоклопрамид (церукал, реглан) 0,01 –3 р./сут., мотилиум 0,01 – 3р./сут.

Антисекреторные препараты

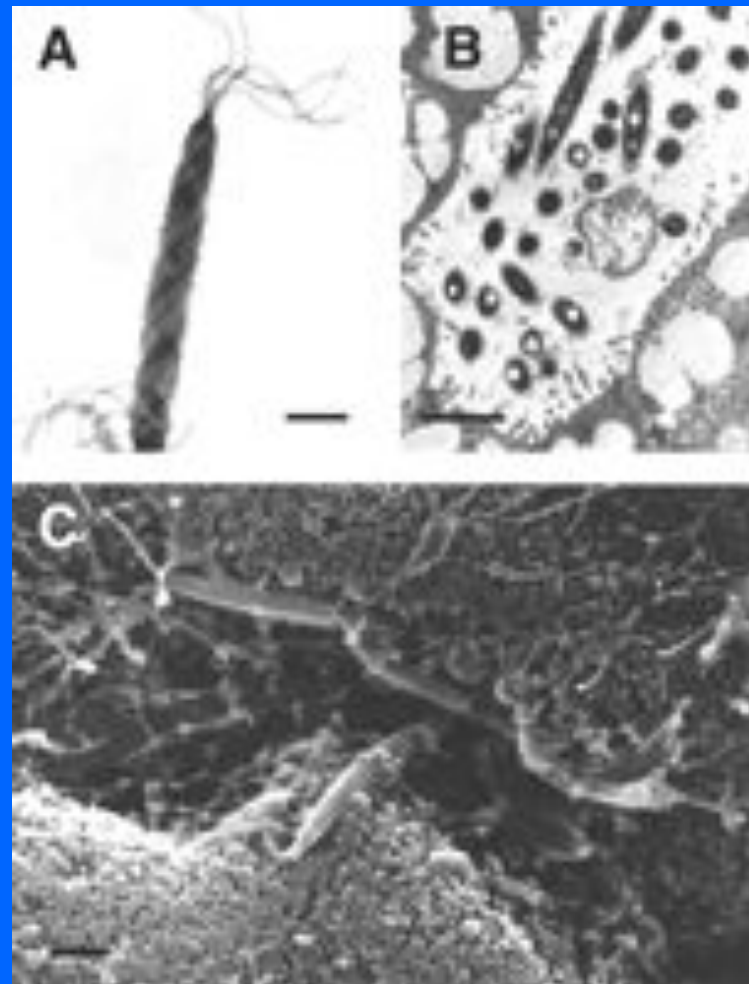


Эрадикационная терапия – мероприятия по элиминации НР

- С целью эффективной эрадикационной терапии используются специальные тройные и квадро-схемы, включающие антисекреторный препарат, 2 антибиотика, базисный препарат цитопротективного действия (в основном де-нол), рассчитанные на короткий курс приема – 7, 10 дней.

Цели эрадикации

1. Устранение воспалительного процесса в слизистой желудка и 12 п.к.
2. Профилактика язвенной болезни желудка и 12 п.к.
3. Профилактика рака желудка



Лечение атрофического гастрита

- **Заместительная терапия** секреторной недостаточности желудка: препараты желудочного сока и соляной кислоты, ферменты – панкреатин , мезим-форте, панзинорм и др.
- **Препараты, улучшающие трофику тканей и репарацию:** никотиновая кислота, солкосерил, витамины гр. В, фолиевая кислота
- **Лечение В₁₂ – дефицитной анемии**

Лечение химического гастрита

- **Регуляторы моторики желудка**
(предотвращение дуодено-гастрального рефлюкса) – метоклопрамид (церукал) и домперидон (мотилиум) 10 мг – 3р./сут.
- **Нейтрализация желчных кислот** – антациды: альмагель, маалокс, фосфалюгель и др., холестирамин 4-6г/сут., урсодезоксихолевая кислота
- **Цитопротекторы** – венгер (сукральфат) 0,5-1,0 3р./сут., де-нол 0,24- 3р./сут.

Немедикаментозная терапия

ХГ

- **Физиотерапия:** электрофорез с новокаином, платифиллином, аппликации парафина, озокерита и др., синусоидальные токи и электромагнитные волны (атроф. гастрит)
- **Фитотерапия** (атрофический гастрит) подорожник, ромашка, мята, зверобой, планатаглюцид
- **Санаторно-курортное лечение:** минеральные воды разной минерализации (в зависимости от кислотности желудка) Железноводск, Ессентуки, Красноусольск и др.

Профилактика хронического гастрита

- Рациональное питание (качество, кратность, сбалансированность, режим)
- Мероприятия в быту по профилактике хеликобактериоза
- Своевременное выявление НР и эрадикация

Прогноз и трудоспособность при хроническом гастрите

- При **неатрофическом гастрите** в основном – **благоприятный**.
Трудоспособность сохраняется, но в период обострения возможно некоторое ее ограничение.
- При **атрофическом гастрите** и **болезни Менетрие** – высокая вероятность малигнизации.