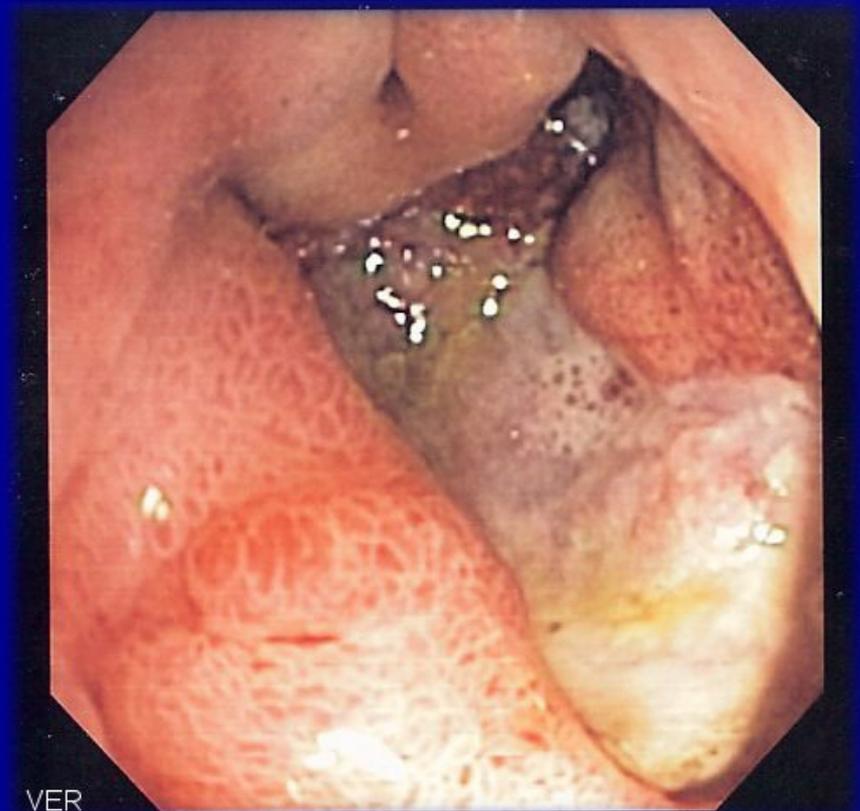


Гастриты

Елфимова Ирина Валерьевна
кандидат медицинских наук

Гастрит

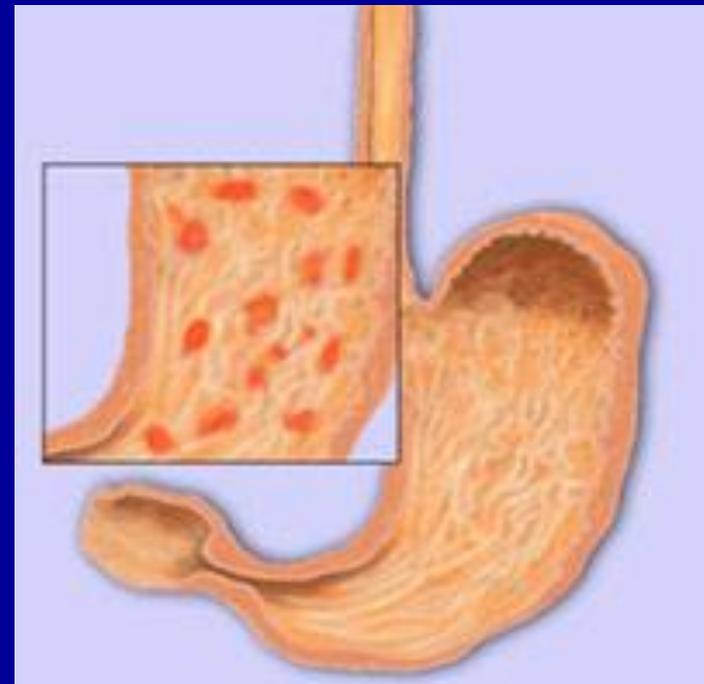
Гастрит (*gastritis*) – воспаление слизистой оболочки желудка



Классификация

По клиническому течению различают:

- острый:
 - ✓ простым (катаральным),
 - ✓ коррозивным,
 - ✓ флегмонозным;
- хронический гастрит.



Этиология острого гастрита

Вероятные причины:

1 экзогенные

1.1 употребление очень горячей, грубой пищи с большим содержанием специй (горчицы, перца);

1.2 алкоголь и его суррогаты;

1.3 недоброкачественные продукты

1.4 пищевая токсикоинфекция (острое отравление)

1.5 прием лекарственных препаратов (ацетилсалициловой кислоты, индометацин, кортикостероидных гормонов); кислоты, щелочи, соединения мышьяка, фосфора, йода и т.д приводят к к коррозивному гастриту.

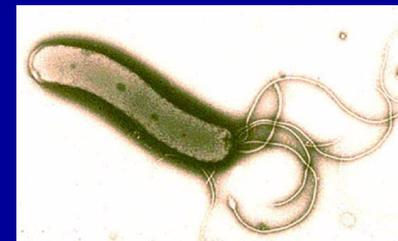
2 эндогенные

2.1 стресс: сепсис, шок, ожоги, травмы;

2.2 повышенная чувствительность к некоторым пищевым продуктам (шоколад, крабы, земляника), как следствие аллергического гастрита.

Флегмонозный гастрит

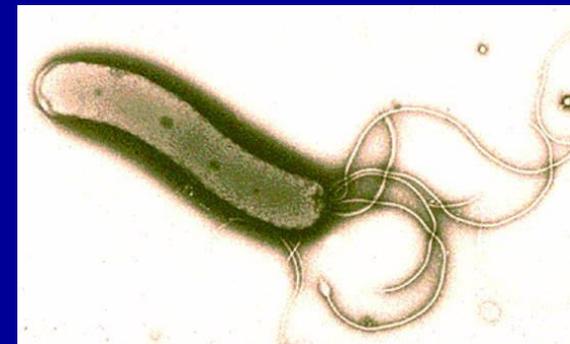
Флегмонозный гастрит (именуемый флегмоной желудка) встречается редко и развивается при проникновении в стенку желудка гемолитического стрептококка, золотистого стафилококка, что может наблюдаться при повреждениях желудка инородным телом, очагах гнойной инфекции в соседних органах, сепсисе.

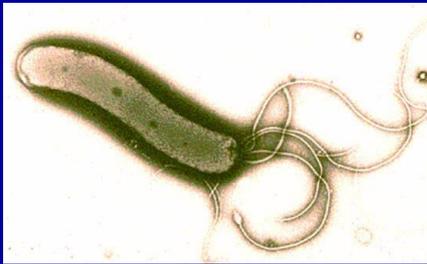


Клиническая картина

Симптоматика острого катарального гастрита зависит от особенностей этиологического фактора и длительности его воздействия.

- * боли в эпигастральной области
- * потеря аппетита, тошнота, рвота пищей с примесью слизи и желчи
- * субфебрильная температура
- * слабость.



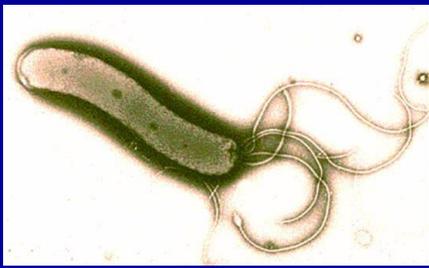


Симптомы появляются через 6-8 часов после воздействия на слизистую оболочку желудка патогенного фактора.

Выраженная клиническая картина наблюдается при заболеваниях, вызванных инфекционными возбудителями.

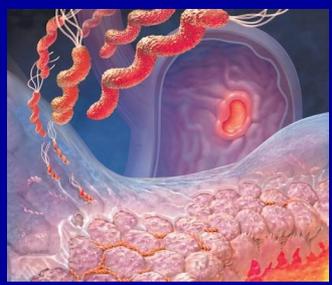
Отмечается:

- * лихорадка (до 39 С и выше)
- * ознобы. Нарастают признаки явления интоксикации и признаки обезвоживания.
- * уменьшается количество выделяемой мочи
- * в ОАК повышение содержания эритроцитов и гемоглобина



при обследовании больного:

- *бледность и сухость кожных покровов
- *обложенность языка
- *неприятный запах изо рта
- *вздутие живота
- *болезненность при пальпации в эпигастральной области.



Клиническая картина коррозивного гастрита

После приема токсических химических веществ
возникают:

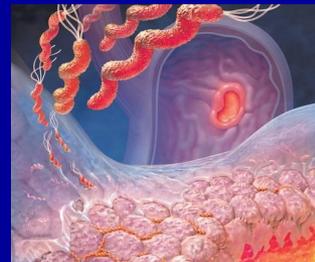
- *боли в полости рта, глотке по ходу пищевода, в эпигастральной области
- *упорная рвота, не приносящая облегчения (в рвотных массах примесь слизи и крови, иногда обрывки слизистой оболочки пищевода и желудка).

Течение тяжелое. Неблагоприятный исход.
Может развиваться шок и перитонит.

Клиническая картина флегмонозного гастрита

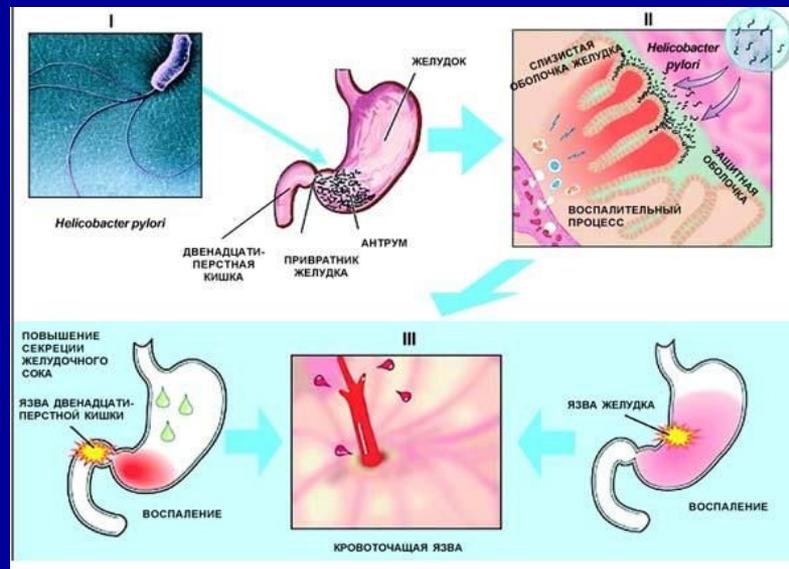
- *высокая лихорадка с ознобами
- *упорная рвота, иногда с примесью гноя
- *сильными болями в эпигастральной области
- *появление симптомов раздражения брюшины

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



Диагностика

- При неосложненной симптоматике наблюдение.
- После ликвидации острых явлений показана фиброгастроскопия.



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.

При коррозивном гастрите как можно раньше проводят промывание желудка. При флегмонозном гастрите хирургическое лечение.

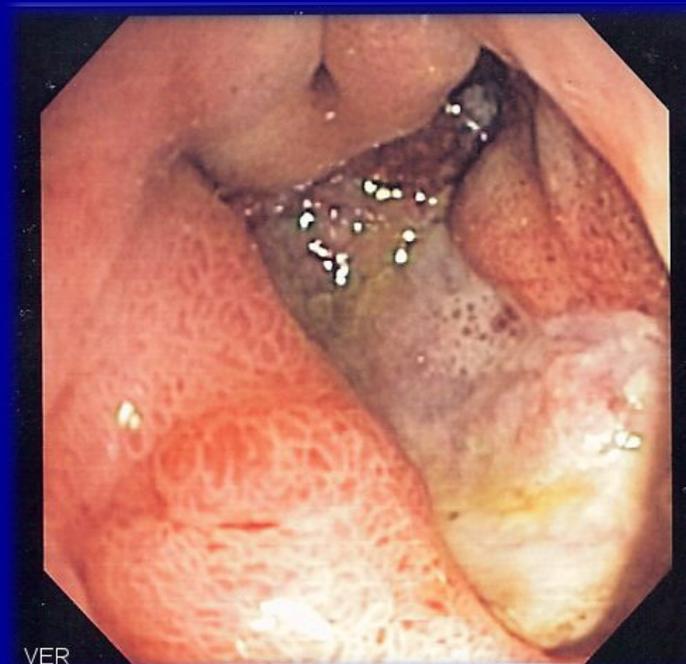
Хронический гастрит

- это воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка, характеризующийся ее структурной перестройкой с прогрессирующей атрофией железистого эпителия, нарушением секреторной, инкреторной и моторной функций желудка.



Частота ХГ

- составляет примерно 50% всех заболеваний органов пищеварения и 85% заболеваний желудка.



ЭТИОЛОГИЯ

1. Вероятные причины:

1.1. Аутоантитела к обкладочным клеткам (гастрит тела)

1.2. Инфицирование слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (HP), микроорганизмами (вирусом герпеса, цитомегаловирусом, грибковой флорой) (антральный гастрит)

1.3. Повреждающее действие дуоденального содержимого (желчных кислот, лизолецитина) на слизистую желудка при его рефлюксе.

2. Внешние факторы

2.1. Нарушение режима питания

2.2. Пища

2.3. Курение

2.4. Алкоголь

3. Внутренние факторы (вторичный гастрит)

3.1. Железодефицитные анемии.

3.2. Сахарный диабет

3.3. Диффузный токсический зоб.

3.4. Ожирение

3.5. Подагра и др.

Патогенез

- По патогенезу различают 5 основных типов ХГ: А, В, С, А+В, особые формы (полипозный, лимфоцитарный, гранулематозный, гигантский гипетрофический (болезнь Менетрие)).

Гастрит типа А

аутоиммунный атрофический фундальный гастрит связан с выработкой специфических аутоантител к обкладочным клеткам слизистой оболочки желудка, приводящих к ее атрофии в фундальном отделе. При этом гастрите отмечается низкий уровень Ig A и IgG, ускоренная гибель эпителиальных клеток вследствие проникновения активированных лимфоцитов через базальную мембрану. У ряда больных, выработка антител связана с генетическим фактором.

Гастрит типа В

антральный гастрит, ассоциированный с НР. Большинство людей инфицируются НР в раннем детском возрасте через поцелуи родителей, родственников, через грязные руки. У взрослых инфицирование происходит через плохо обработанные эндоскопы и зонды. Инфекция может распространяться через источники водоснабжения. НР обнаруживается под пристеночной слизью на поверхности эпителиальных клеток в области межклеточных соединений.

НР защищает себя от агрессивного кислого желудочного сока с помощью уреазы – фермента, расщепляющего мочевины. Ионы аммония окружают бактерию, создавая щелочное облако и, тем самым, нейтрализуя ионы водорода. НР колонизируют антральный отдел желудка, поскольку только здесь имеются рецепторы адгезии для этой бактерии. Повреждение слизистой как непосредственно НР за счет аммиака, мощных протеаз и цитокинов, так и опосредованно в результате ответа иммунных факторов защиты и образования БАВ.

Гастрит типа С

это рефлюкс-гастрит, возникновению которого способствует дуоденогастральный рефлюкс. При этом, заброс желчи стимулирует выделение гастрина, увеличивается количество гастринпродуцирующих клеток в области антрума. Желчные кислоты, в присутствии панкреатического сока и соляной кислоты нарушают защитные свойства слизистого барьера желудка, происходит повреждение слизистой оболочки желудка с обратной диффузией ионов водорода. Истинный рефлюкс – гастрит развивается после операций на желудке.

Классификация

Современная классификация выделяет 5 вариантов ХГ:

1. аутоиммунный фундальный гастрит или гастрит типа А
2. ассоциированный с НР (бактериальный) антральный гастрит или ХГ типа В.
3. хронически обусловленный или ХГ типа С (рефлюкс-гастрит)
4. смешанный гастрит или ХГ типа А+В.

Классификация

5. особые формы ХГ:

5.1. Антральный ригидный гастрит (склерозирующий). Синдромы стеноза привратника из-за деформации и сужения антрума.

5.2. Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие). Гигантские извитые складки слизистой желудка, с множественными эрозиями и обильным скоплением слизи; боли в подложечной области, тошнота, рвота, отеки (из-за потери белка через измененную слизистую), кахексия, анемия. Нормальная или пониженная секреция соляной кислоты.

5.3. Эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный гастриты. (болезнь Крона, туберкулез, саркоидоз, микозы). Диагностика основана на морфологических методах исследования.

С практической точки зрения выделяют:

1. по морфологической форме (атрофический и неатрофический или поверхностный)
2. по распространенности (антральный, фундальный, диффузный)
3. по характеру кислото- и пепсинообразующей функции желудка (нормальная, повышенная, сниженная)
4. стадии течения (обострение, ремиссия)

Клиническая картина

1. Для аутоиммунного ХГ (гастрит типа А) выявление у лиц среднего и пожилого возраста.

характерно:

- синдром желудочной диспепсии (тяжесть, дискомфорт и давление в подложечной области после приема пищи, снижение аппетита, неприятный вкус во рту, тошнота, отрыжка воздухом и тухлым)
- боли часто отсутствуют или носят тупой характер
- заболевание протекает латентно
- проявления дефицита витамина В12 (глоссит, анемия, фуникулярный миелоз)
- кислотообразующая функция желудка снижена.

Клиника

2. Для ХГ ассоциированного с НР:
выявление у лиц молодого возраста.

характерно:

- синдром ацидизма (изжога, кислая отрыжка, кислый привкус во рту)
- болевым синдром (язвенноподобные боли)
- кислотообразующая функция желудка сохранена или повышена.

Клиника

3. При хроническом геморрагическом (эрозивном) гастрите клиника дополняется признаками желудочного кровотечения (рвота типа «кофейной гущи», мелена), анемией
4. При пальпации отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области и пилородуоденальной области.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

1. ОАК: при развитии В 12-дефицитной анемии на фоне ХГ типа А наблюдается снижение эритроцитов. Гемоглобина, повышение ЦП, появляются тельца Жолли и кольца Кебота.

2. Биохимический АК:

- при ХГ типа А – умеренная гипербилирубинемия (при развитии гемолиза у больных с В 12 –дефицитной анемией), повышение)))) глобулинов

При болезни Менетрие гипоальбуминемия

Лабораторные и инструментальные методы исследования

3. Фракционное зондирование или интрагастральная рН-метрия:
- для ХГ типа А характерно резкое снижение кислото и пепсинообразовательной функции, при тяжелом течении – ахлоргидрия
 - при ХГ типа В (ранняя стадия хеликобактерного гастрита) кислото и пепсинообразовательная функции в норме или повышены, при пангастрите (поздняя стадия хеликобактерного гастрита) – снижены, но состояния ахлоргидрии не бывает.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

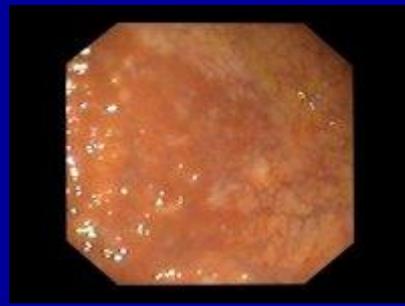
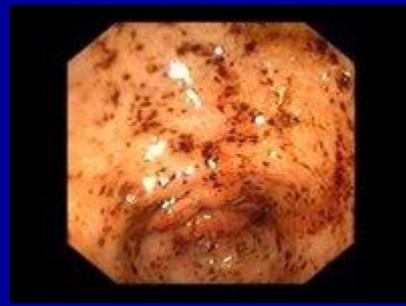
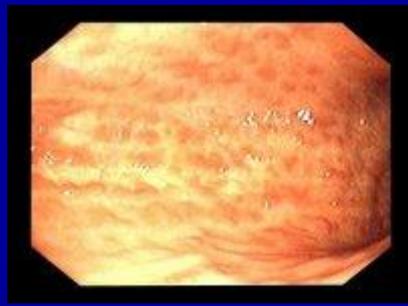
4. Рентгенологическое исследование:

- при ХГ типа А обнаруживается уменьшение выраженности складок слизистой оболочки желудка
- при ХГ типа В в раннюю стадию – рельеф слизистой оболочки грубый в антральном отделе, спазм привратника, беспорядочная эвакуация контрастного вещества, в позднюю стадию рельеф слизистой оболочки сглажен, гипотония, вялая перистальтика
- для ригидного антрального гастрита характерны деформация и сужение антрального отдела, перистальтика слабая
- при полипозном гастрите – множественные небольшие полипы
- при болезни Менетрие – складки слизистой оболочки резко утолщены, межскладочные промежутки значительно расширены, стенки желудка сохраняют эластичность, перистальтика прослеживается по обеим кривизнам.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

5. Гастроскопия:

- при гастрите А – слизистая оболочка истончена, атрофична, перистальтика вялая, антральный отдел практически не изменен, эрозии встречаются крайне редко;
- при хеликобактерном гастрите – гиперемия и отек с подслизистыми кровоизлияниями и эрозиями, рефлюкс дуоденального содержимого;
- при хроническом геморрагическом (эрозивном) гастрите- отек, гиперемия, легкая кровоточивость слизистой желудка, множественные эрозии и петехии;

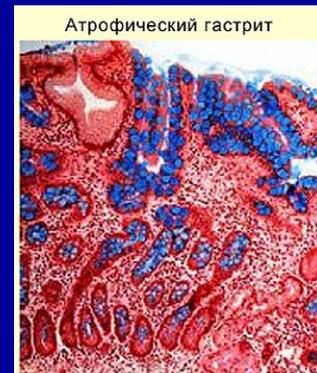


- при ригидном антральном гастрите – деформация и сужение антрального отдела, перестройка рельефа слизистой оболочки, ослабление перистальтики;
- при полипозном гастрите – множественные полипы, располагающиеся преимущественно в антральном отделе;
- при болезни Менетрие – резко утолщенные складки слизистой оболочки (преимущественно в теле желудка по большой кривизне), принимающие вид мозговых извилин, легкая ранимость слизистой, могут быть эрозии, гипертрофированные складки и располагаются преимущественно параллельно, высота их не менее 2-3 см.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

6. Гистологическое исследование биоптата:

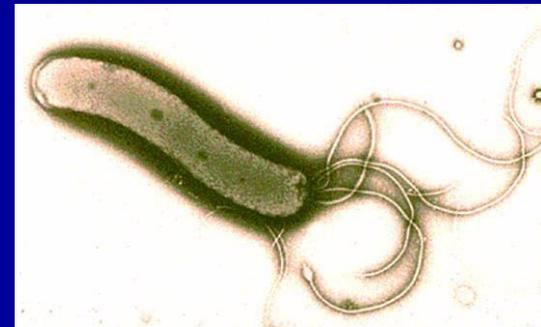
- при гастрите А – в фундальном отделе желудка обнаруживается атрофия слизистой оболочки желудка, гиперплазия гастринпродуцирующих клеток пилорических желез;
- при хеликобактерном гастрите – активный антральный гастрит, очаги кишечной метаплазии, множество хеликобактерий на поверхности и в глубине ямок.



Лабораторные и инструментальные методы исследования

7. Диагностика хеликобактерной инфекции:

- положительные тесты на НР –
инфекцию при хроническом
хеликобактерном гастрите;
- при других вариантах гастритов тесты на
НР – инфекцию отрицательные.



Дифференциальный диагноз

1. С функциональными расстройствами двигательной и секреторной функций
2. опухолью желудка
3. грыжами пищеводного отверстия диафрагмы
4. рефлюкс –эзофагитом
5. хроническим холециститом
6. дискинезиями ЖВП

Лечение

Лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Показание к госпитализации:

1. выраженное обострение заболевания (боли, стойкая желудочная диспепсия, похудание)
2. при угрозе осложнений (кровоотечение из множественных эрозий, перигастрит)
3. затруднение в дифференциальной диагностике (болезнь Менетрие и другие особые формы гастритов)

Продолжительность стационарного лечения составляет 10 дней. (в зависимости от проявлений сроки стационарного лечения могут изменены).

Лечение

1. Режим свободный. Стол на период обострения с дробным приемом пищи 4-5 раз в день, исключая блюда, обладающие раздражающим действием (соленья, наваристые супы, маринады, острые приправы, жареное мясо, рыба), плохо переносимые продукты (виноградный сок, молоко, сметана). Все блюда готовятся в жидком виде или в виде желе.

Лечение

2. Медикаментозная терапия

2.1. средства, обладающие противохеликобактерной активностью

- полусинтетические пенициллины
(амокксициллин)
- производные нитроимидазола (метронидазол)
- тетрациклин
- макролиды (кларитромицин)
- нитрофураны (фуразолидон)
- висмутсодержащие препараты (де-нол,
вентрисол)
- комбинированные препараты (пилорид)

2.2.антисекреторные (подавляющие секрецию соляной кислоты, пепсина и повышающие интрагастральный рН

-М-холинолитики:

Неселективные атропин, метацин, платифиллин, перитол)

Селективные (гастроцепин, пиренципин, оксифенциклимин)

-Блокаторы H₂ гистаминовых рецепторов:

Циметидин (гистодил, тагамет)

Ранитидин (ранисан, зантак)

Фамотидин (ульфамид, квамател)

Низатидин (аксид)

Роксатидин

-Блокаторы H⁺K⁺-АТФ-азы (протоновой помпы)-
омепразол (омез, лосек, тимопразол, лансопразол,
панторазол)

- Антагонисты гастриновых рецепторов (проглумид,
милид)

2.3. антацидные средства (натрия гидрокарбонат, магния оксид, кальция карбонат, альмагель, фосфалюгель, маалокс, гавискон, висмут)

2.4. гастроцитопротекторы (повышающие резистентность слизистой оболочки желудка и ДПК)

2.4.1. Цитопротективные средства, стимулирующие слизиобразование:

- карбеноксолон

- синтетические простагландины (энпростил, сайтотек)

2.4.2. Цитопротекторы, образующие защитную пленку:

- сукралфат

- коллоидный висмут

- смекта

2.4.3. Обволакивающие и вяжущие средства:

- препараты висмута(викалин, викаир)

2.5. Средства, нормализующие моторную функцию желудка и ДПК (метоклопрамид, домперидол, сульпирид), спазмолитики (но-шпа, папаверин)

2.6. Репаранты (солкосерил, сок подорожника, карнитин).

2.7. Препараты для коррекции нарушений желудочной секреции:

- стимулирующие секреторную функцию желудка (лимонтар, гистаглобулин, пентагастрин, поливитамины)

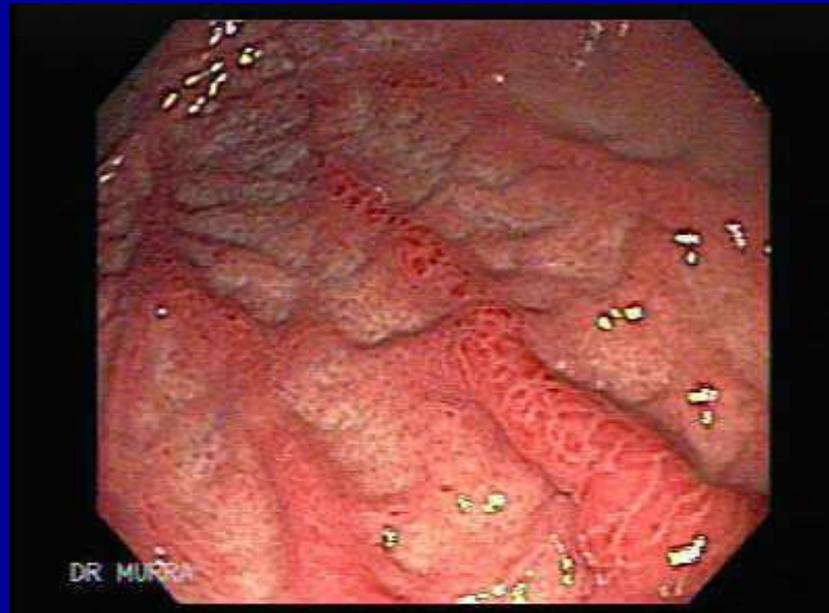
- заместительные средства (сок желудочный, ацидин-пепсин, абомин и др.)

- полиферментные препараты (фестал, имезим-форте, креон и др.)

2.8. Средства метаболической и коферментной терапии (поливитамины, цианокобаламин, кокорбоксилаза, рибоксин, ретаболил).

Основные рациональные комбинации и схемы медикаментозной терапии

Лечение гастритов, ассоциированных с
Hr, с язвенноподобной диспепсией
(гастрит В) включает одну из схем
эрадикационной терапии



7-ми дневные

1. ИПП (омепразол 20 мг; лансопразол 30 мг; пантопразол 20 мг; рабепразол 20 мг) доза 2 раза в день или ранитидин висмут цитрат 40 мг 2 раза в день + кларитромицин (клацид) 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день.
2. Препараты солей висмута 120 мг 4 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + омепразол 40 мг 2 раза в день
3. Препарат висмута 240 мг 2 раза в день + фуразолидон 100 мг 2 раза в день + кларитромицин 250 мг 2 раза в день.

Квадротерапия

- ИПП доза 2 раза в день + препараты солей висмута 120 мг 4 раза в день + метронидазол (трихопол и др. аналоги) 500 мг 2 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день.



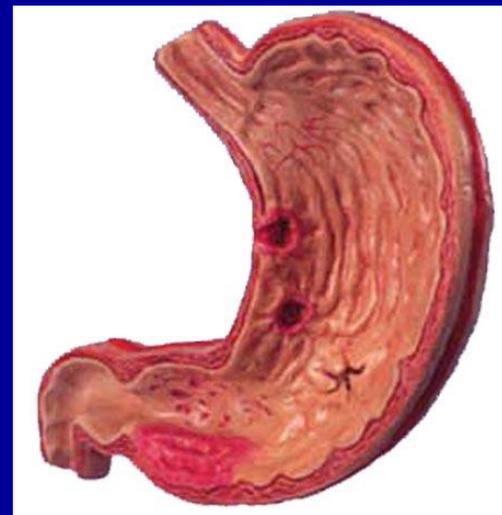
10-ти дневные схемы эрадикации

- Ранитидин (зантак и др.аналоги) 300 мг 2 раза в день или фамотидин (гастросидин, квамател) 40 мг 2 раза в день утром и вечером (не позже 20 ч) с обязательным интервалом 12 часов + калиевая соль двузамещенного цитрата висмута 108 мг 5 раз в день после еды или де-нол 120 мг 4 раза в день + метронидазол 200 мг 5т раз в день после еды + тетрациклина гидрохлорид 250 мг 5 раз в день после еды.

Лечение гастритов, неассоциированных с НР (используется одна из них):

- ранитидин (зантак и др.аналоги) 300 мг в сутки преимущественно однократно вечером (19-20 ч) + антацидный препарат (маалокс, ремагель, гастерин гель и др) в течение 6-8 недель.
- Фамотидин (квamatел и др) 40 мг в сутки преимущественно однократно вечером (19-20 ч)+ антацидный препарат в течение 6-8 нед.
- Сукральфат (вентер, сукральфат гель) 4 г в сутки, по 1 г 3 раза в день за 30 мин до еды и вечером спустя 2 часа после еды в течение 4 недель, далее 2 г в сутки по 0,5 г 3 раза в день за 30 мин до еды и вечером в течение 8 нед.

Антацидный препарат принимается до 4 раз в день, спустя 1,5-2 часа после еды и перед сном с постепенным уменьшением дозы и кратности приема по мере устранения симптомов ацидизма.



Лечение фундального гастрита с секреторной недостаточностью (гастрит А)

1. Сукральфат (вентер) 1 таб (1,0 г) 4 раза в день до еды
2. Метоклопрамид (церукал, реглан) 1 таб 3 раза в день
3. Препараты для коррекции нарушений желудочной секреции:
 - стимуляция секреторной функции желудка (лимонтар 1 таб 1-3 раза в день до еды)
 - заместительные средства (сок желудочный по 1-2 ст.л. на $\frac{1}{2}$ стакана воды 3-4 раза в день во время еды – назначается при наличии диспепсических расстройств; ацидин-пепсин и др. таблетированные препараты назначаются при отсутствии активного воспаления слизистой оболочки.
 - полиферментные препараты (мезим-форте по 1-2 таб во время или после еды).
4. Плантаглюцид по 1 ч.л. в $\frac{1}{4}$ стакана воды 3 раза в день до еды.
5. Рибоксин 2 таб 3 раза в день за 40 мин до еды
6. Никотинамид по 1 таб 3 раза в день
7. Солкосерил в/м по 2 мл 1-2 раза в день
8. Поливитамины – ундевит, декамевит, пангексавит, олиговит, дуовит, ревит и др. Курс лечения 2-3 нед.

- При аутоиммунном (атрофическом) гастрите с мегалобластной анемией, подтвержденной исследованием костного мозга и сниженным уровнем вит В 12 (меньше 150 пг/мл), включает: в/м 1 мл 0,1% ра-ра оксикобаламина (1000 мкг) в течение 6 дней, далее в той же дозе в течение месяца препарат вводится 1 раз в неделю, далее пожизненно 1 раз в 2 мес.

Лечение рефлюкс –гастрита

- Метоклопрамид по 1 таб. 3-4 раза в день перед едой или домперидон по 1 таб. 3-4 раза в день перед едой.
- Холестирамин в суточной дозе 6- 10 г.
- Маалокс по 1 таб 3-4 раза в день через 1 ч после еды.

При всех других формах гастрита проводится симптоматическое лечение

1. При язвенноподобной диспепсии:

*гастроцепин 25-50 мг 2 раза в день + маалокс 2 таб или 15 мл (пакет) 3 раза в день через 1 час после еды

2. При гипомоторной дискинезии:

*домперидон (мотилиум) или цизаприд (координакс и др. аналоги) 10 мг 3-4 раза в день перед едой + маалокс 2 таб или 15 мл (пакет) 3 раза в день через 1 час после еды.

Физиотерапия, ЛФК

Физиотерапевтические процедуры проводятся при хроническом гастрите после купирования обострения. Назначаются электрофорез новокаина, дикаина или платифиллина; парафиновые или озокеритовые аппликации; диадинамические, синусоидальные модулированные токи; дециметровые электромагнитные волны; индуктотермия зоны надпочечников; гипербарическая оксигенация.

Диспансеризация

- Больные ХГ должны находиться на диспансерном учете пожизненно, 1-2 раза в год проходить профилактические осмотры, санаторно-курортное лечение, использование лечебных минеральных вод.

