

# Лекция

## Хронический гастрит



Составитель:

профессор Чамсутдинов Н.У.

В структуре заболеваний органов пищеварения хронический гастрит занимает 1-е место и встречается в 35% случаев, а среди болезней желудка в 80-85% случаев.

# Определение хронического гастрита

Хронический гастрит, это хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия с последующим развитием кишечной метаплазии, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.

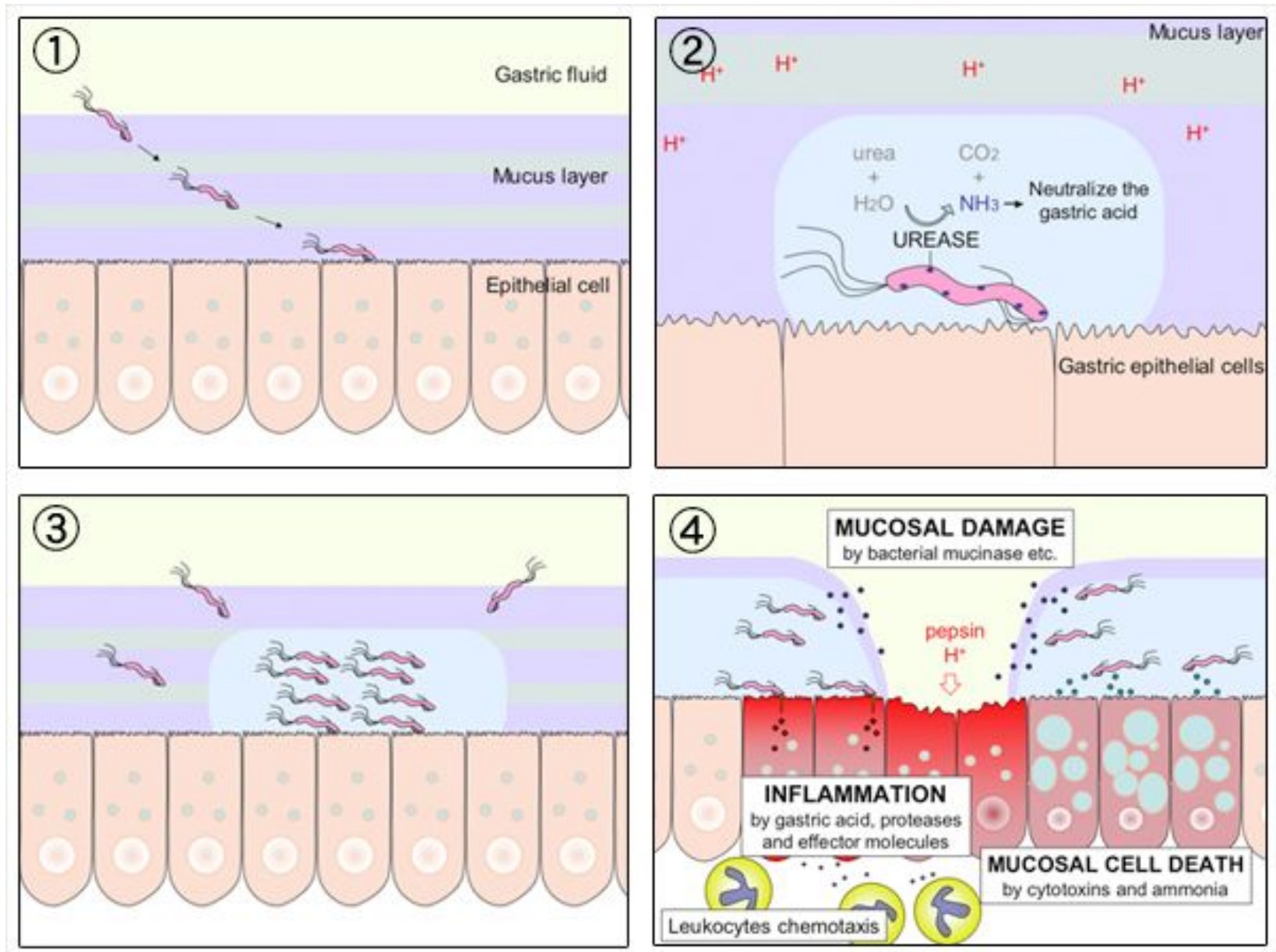
# Основные этиологические факторы развития ХГ

- *инфицирование СОЖ НР;*
- *повреждающее действие на СОЖ дуоденального содержимого при его рефлюксе.*
- *наследственность*

# Дополнительные факторы гастрита

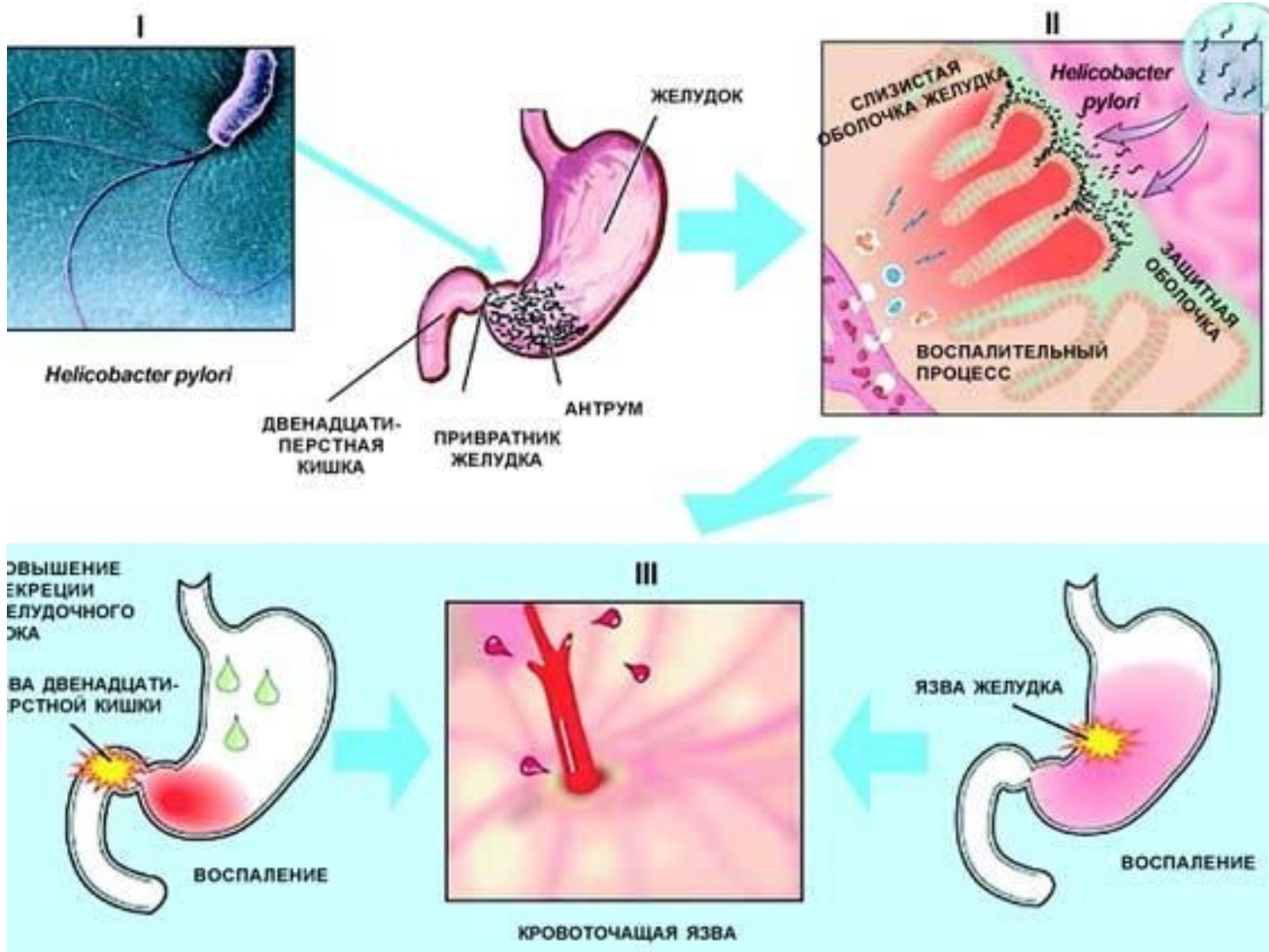
- нервно-психические расстройства;
- нарушения питания (нарушения ритма приема пищи, переедание и неполноценное питание, недостаточное пережевывание пищи, злоупотребление грубой, острой, горячей пищей, кофе);
- курение и злоупотребление алкоголем;
- длительный прием некоторых лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные препараты -НПВП, кортикостероиды, препараты наперстянки и др.);
- хронические инфекции (полости рта и носоглотки, туберкулез легких, хронический холецистит и др);
- заболевания сердца, приводящие к развитию хронической ХСН;
- хронические заболевания легких (ХОБЛ, БА, туберкулез и др), приводящие к развитию легочного сердца;
- заболевания эндокринной системы (болезнь Аддисона, гипотиреоз, диффузный токсический зоб, болезнь Иценко-Кушинга, сахарный диабет и др);
- нарушения обмена веществ (ожирение, дефицит железа, подагра);
- цирроз печени;
- аутоинтоксикация – уремия.

# Механизм развития хронического гастрита





# Механизм развития хронического гастрита



# Барри Маршалл и Роберт Уоррен в день вручения Нобелевской премии







# Классификация

хронических гастритов С.  
М.Рыса, Ю.И.Фишзон-  
Рысса (1974), с  
дополнениями А.Л.  
Гребенева (1981)

# По этиологии

1.1. Экзогенный (первичный)

1.2. Эндогенный (вторичный)

## 2. По морфологическим признакам

2.1. Поверхностный

2.2. С поражением желез без атрофии

2.3. Атрофический

2.3.1. Умеренный

2.3.2. Выраженный

2.3.3. С явлениями перестройки по кишечному типу

2.3.4. Атрофически-гиперпластический

2.4. Гипертрофический

# 3. По локализации

3.1. Распространенный (пангастрит)

3.2. Ограниченный

3.2.1. Антральный

3.2.2. Фундальный

# 4. По функциональному признаку

4.1. С сохраненной или повышенной функцией

4.2. С секреторной недостаточностью (умеренной, выраженной)



# 5. По клиническому признаку

5.1. Компенсированный (фаза  
ремиссии)

5.2. Декомпенсированный (фаза  
обострения)

# 6. Особые формы

6.1. Ригидный

6.2. Гигантский гипертрофический  
(болезнь Менетрие)

6.3. Полипозный

6.4. Эрозивный (геморрагический)

# **7. Хронический гастрит, сопутствующий другим заболеваниям**

- 7.1 Гастрит при анемии Аддисона-Бирмера
- 7.2. Гастрит при язве желудка
- 7.3. Гастрит при раке желудка

# СИДНЕЙСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРИТОВ (1990)

Тип	Топография	Морфология	Этиология*
<p>Острый Хронический Особые формы: •Гранулематозный •Эозинофильный •Лимфоцитарный •Гипертрофический •Реактивный</p>	<p>Гастрит антрума Гастрит тела Гастрит антрума и тела (пангастрит)</p>	<p>Воспаление Активность Атрофия Кишечная метаплазия Геликобактер пилори</p>	<p>1. Микробная: НР и др. 2. Немикробная: • аутоиммунная, • алкогольная, • пострезекционная, • НПВП, • химические агенты. 3. Неизвестные факторы, в том числе микроорганизмы.</p>

# Хьюстонская классификация гастритов (1994)

- тип А – аутоиммунный;
- тип В – хеликобактерный:  
неатрофический и атрофический;
- тип С – химико-токсический,  
лекарственно-индуцированный и  
пострезекционный)
- особые формы – гранулематозный,  
эозинофильный, лимфоцитарный,  
гипертрофический.

# Клиника хеликобактерного неатрофического гастрита

Протекает по язвopodobному варианту диспепсии

1). Боль:

- “тощаковые боли”;
- голодные боли - появляющиеся ч/ 6-7 часов п/еды;
- ранние – развивающиеся ч/з 0,5-1 час после еды;
- поздние - развивающиеся ч/з 1,5-2 часа после еды;
- ночные боли;
- боли локализуются в эпигастрии и исчезают или уменьшаются после приема пищи, однако в редких случаях возможно появление или усиление болей сразу или вскоре после еды.

2). Изжога и отрыжка кислым, появляющиеся за счет гастро-эзофагеального рефлюкса.

3). Прочие проявления: тошнота, склонность к запорам.

4). Пальпаторно отмечается локальное напряжение брюшной стенки и болезненность пилородуоденальной зоны.



# Клиника хеликобактерного атрофического гастрита

Протекает по **ДИСМОТОРНОМУ** варианту диспепсии

- Чувство тяжести и переполнения в эпигастрии.
- Чувство быстрого насыщения и вздутия в эпигастрии, а также дискомфорта после еды.
- При выраженном процессе отрыжка воздухом и тухлым.
- Тошнота, иногда рвота.
- Снижение аппетита.
- Иногда боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды.
- Иногда неприятный металлический привкус во рту.
- Прогрессирование атрофии приводит к развитию секреторной недостаточности и диареи.
- При объективном осмотре – язык обложен белым налетом, пальпаторно отмечается диффузная болезненность в эпигастрии.

# ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ АНТРАЛЬНОГО И ДИФФУЗНОГО ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРНОГО ГАСТРИТА (по П.Я.ГРИГОРЬЕВУ)

Критерии	Формы ХГ		
	Антральный (ранняя стадия)	неатрофический (ранняя стадия)	Диффузный (пангастрит) с атрофией (поздняя стадия)
Возраст	Чаще молодой		Чаще пожилой
Субъективные проявления при обострении	Нередко язвopodobная диспепсия: периодические боли, в т.ч. голодные, изжога, иногда отрыжка кислым, запоры.		Дискинетическая или неспецифическая диспепсия, чувство тяжести, полноты, тупая боль в подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом, неустойчивый стул и др.
Результаты пальпации живота	Локальное напряжение брюшной стенки и болезненность в пилородуоденальной зоне		Диффузное напряжение передней брюшной стенки и болезненность в эпигастрии
Результаты эндоскопического исследования	На фоне гиперемии и отека СО антрального отдела нередко видны подслизистые кровоизлияния и эрозии (плоские, приподнятые), гиперплазия складок, экссудация, антральный стаз, спазм привратника		Бледность, сглаженность, истончение, иногда пятнистая гиперемия в теле и антруме желудка, просвечивание сосудов, повышенная ранимость. Гипотония, гипокинезия, рефлюкс желчи.
Результаты гистологического исследования биоптатов	Выраженный активный антральный гастрит (инфильтрация собственной пластинки СО и эпителия лимфоцитами, плазмócитами, нейтрофилами). Очаги кишечной метаплазии. Множество НР на поверхности и в глубине ямок		Атрофия железистого эпителия, кишечная метаплазия, незначительное количество НР в СО антрума и в теле желудка, минимальная активность воспаления.

# Клиника аутоиммунного гастрита

Развивается вследствие аутоиммунного процесса, при котором образуются антитела к обкладочным клеткам желудочных желез, что приводит к их поражению.

Развивается гистаминустойчивая гипо-, а затем и ахлогидрии, стимуляции G-клеток и гипергастринемия.

Гипергастринемия в свою очередь приводит к гиперплазии EC-клеток Ж, что может явиться причиной развития карциноида Ж. Образующиеся антитела к обкладочным клеткам желудочных желез блокируют соединение вит. В<sub>12</sub> с внутренним фактором (Касла), что приводит к развитию В<sub>12</sub>-дефицитной анемии, т.к. вит. В<sub>12</sub> транспортируется через тонкую кишку только в соединении с внутренним фактором.

Клиническая картина проявляется **ДИСМОТОРНЫМ** вариантом диспепсии и дополняется клиникой В<sub>12</sub>-дефицитной анемии.

# ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО И ХЕЛИКОБАКТЕРНОГО ГАСТРИТОВ (по П.Я.ГРИГОРЬЕВУ)

Критерии	Аутоиммунный гастрит	Хеликобактерный гастрит
<b>Морфологические</b> Преимущественная локализация Воспалительная реакция Развитие атрофии эпителия Наличие эрозий	Дно, тело Слабо выражена Первичная Редко	Анtrum Выражена Вторичная Часто
<b>Иммунологические</b> Инфекционный фактор (НР) Наличие антител к НР Антитела к париетальным клеткам Антитела к внутреннему фактору	Нет - Есть -	Есть - Нет -
<b>Клинические</b> Выраженная гастринемия Гипоацидность Развитие В <sub>12</sub> -дефицитной анемии Сочетание с язвенной болезнью Малигнизация	Есть Выраженная Есть Не выявлено Крайне редко	Нет Любой тип кислотности, но не ахлоргидрия Нет Часто -

# Гранулематозный гастрит

Причины: болезнь Крона, туберкулез, саркоидоз, микозы и др. Гистологически в СО Ж выявляются эпителиоидно-клеточные гранулемы, наличие которых приводит к нарушению моторики Ж и соответственно к дисмоторному варианту диспепсии.



# Эозинофильный гастрит

Встречается у больных с системными аллергозами (бронхиальная астма, пищевая аллергия, аллергические дерматозы и др.). Клинически проявляется первоначально как **язвоподобный**, а затем по мере развития атрофии СОЖ как **дисмоторный вариант диспепсии**.



# Гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие)

Макроскопически в СО Ж выявляются гигантские складки, располагающиеся в теле и дне Ж. По форме напоминают извилины мозга, петли кишечника. Наличие гигантских складок приводит к нарушению моторики Ж и соответственно к **ДИСМОТОРНОМУ ВАРИАНТУ ДИСПЕПСИИ**. Заболевание проявляется дисмоторной диспепсией, нередко рвотой, похуданием, снижением аппетита, слабостью. Объективно выявляется снижение массы тела, гипопротеинемические отеки на стопах и кистях рук. Лабораторное исследование выявляет гипоальбуминемию, железодефицитную анемию, снижение желудочной секреции. Основные методы диагностики: рентгенологический, эндоскопический, гистологический.

# Лимфоцитарный гастрит

Характеризуется выраженной лимфоцитарной инфильтрацией СОЖ. Развитие заболевания связывают с выраженными дефектами в иммунной системе слизистых оболочек. К развитию данной формы гастрита могут приводить: НР, целиакия, болезнь Менитрие, лимфома Ж. Эндоскопически выявляются узелки, утолщенные складки и эрозии в основном локализованные в теле Ж. Гистологически находят более 25 интраэпителиальных лимфоцитов (вместо 4-7) на 100 эпителиальных клеток. Клинически проявляется первоначально как **язвоподобный**, а затем по мере развития атрофии СОЖ – как **дисмоторный вариант диспепсии**.

# Реактивный гастрит

Реактивный гастрит, или химический гастрит, рефлюкс гастрит.

1. Гастрит индуцированный лекарственными средствами и химическими веществами (НПВП, кортикостероиды, алкоголь).  
Проявляется первоначально как **язвоподобный**, а затем и **дисмоторный варианты** диспепсии.
2. Гастрит развившийся вследствие дуоденогастрального рефлюкса и повреждения СО Ж рефлюксатом (желчь, панкреатические ферменты). Проявляется тупыми болями в эпигастрии, возникающими во время или сразу после еды, ощущением горечи во рту, отрыжкой, тошнотой, рвота приносящей облегчение.
3. Гастрит у больных, перенесших резекцию Ж. При этом клинически на первый план чаще всего выступают проявления демпинг-синдрома.

# Нормативы показателей желудочной секреции

Показатели	Секреция			
	Натошак	Базальная	Субмаксимальная	Максимальная
Объем желудочного содержимого, мл/час	50	50-100	100-140	180-220
Общая кислотность, титр.единицы	40	40-60	80-100	100-120
Свободная HCL, титр.единицы	20	20-40	65-85	90-110
Дебит свободной HCL, ммоль/ч	-	1-4	6,5-12	16-24
Дебит связанной HCL, ммоль/ч	-	1,5-5,5	8-14	18-26
Дебит пепсина, мг/ч	-	20-35	40-50	60-80

# Показатели рН желудочного содержимого в зависимости от кислотопродукции

Характер кислотопродукции	РН
Нормацидная	1,3-1,7
Гипацидная	1,7-3,0
Анацидная	>3
Гиперацидная	<1,3

# РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- При ХГ с секреторной недостаточностью находят нарушение моторно-эвакуаторной функции Ж – усиление моторики и ускорение эвакуации.
- При нормальной и повышенной секреторной функции в Ж выявляются грубые ригидные складки и спазм привратника.
- Более информативен этот метод диагностики при болезни Менетрие, при этом складки Ж будут резко утолщены



# Катаральный гастрит. Эндоскопия



# Хронический рефлюкс-гастрит. Эндоскопия



# Атрофический гастрит. Эндоскопия.





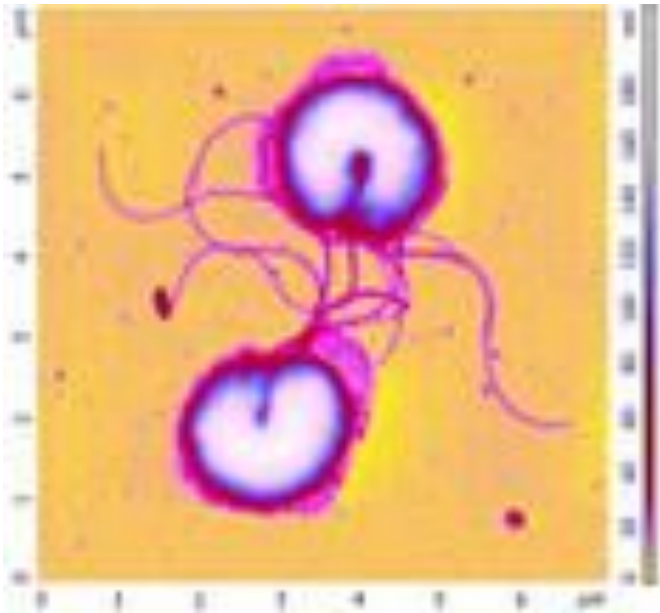
# Болезнь Менетрие. Эндоскопия.



*Методы диагностики Helicobacter pylori*



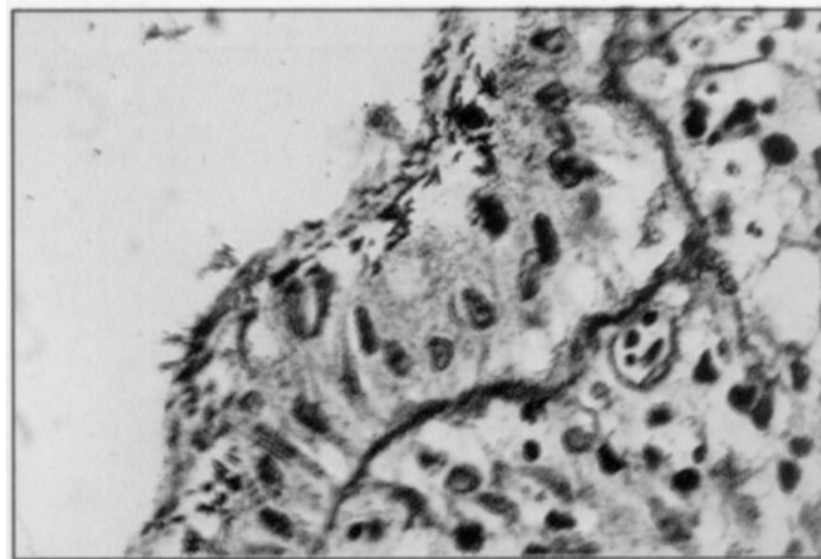
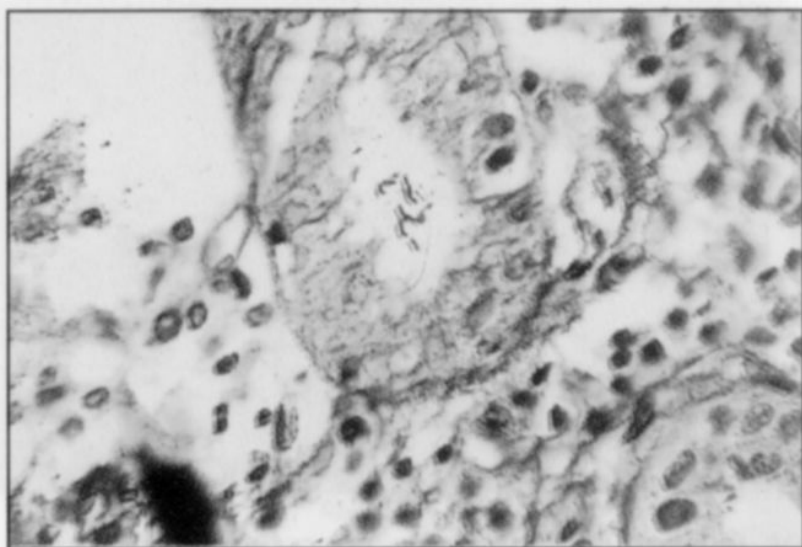
# Helicobacter pylori



# Helicobacter pylori

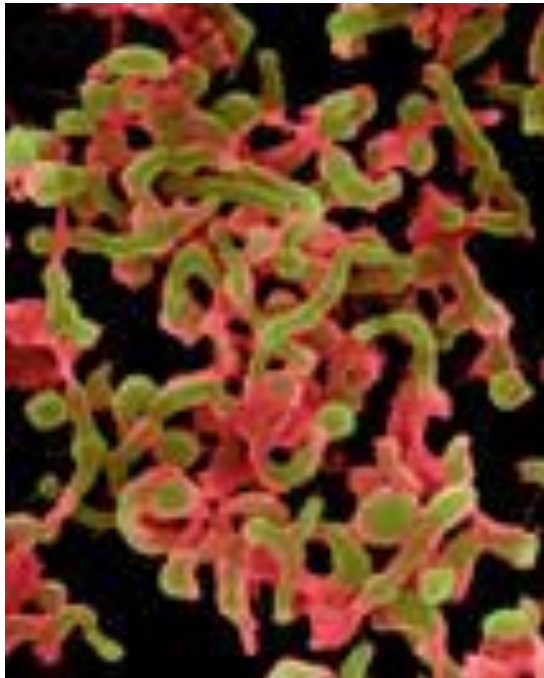


# HELICOBACTER PYLORI в слизистой оболочке желудка x 500.



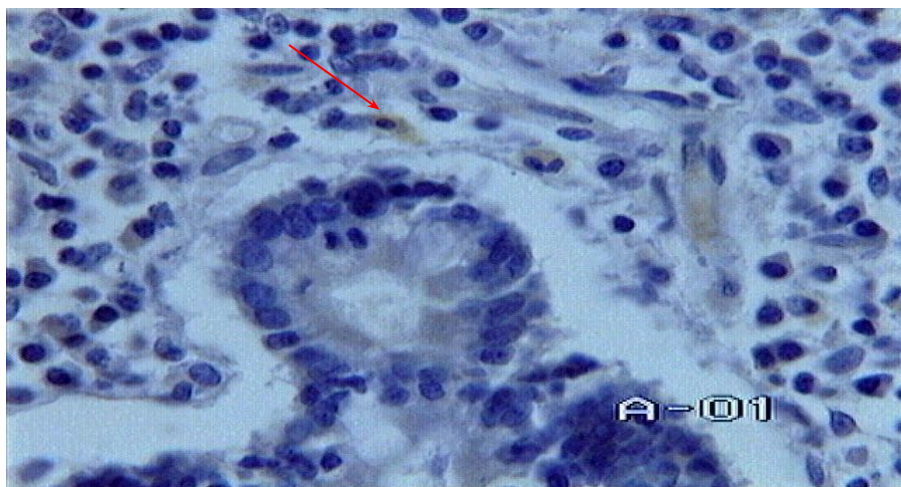


# Helicobacter pylori

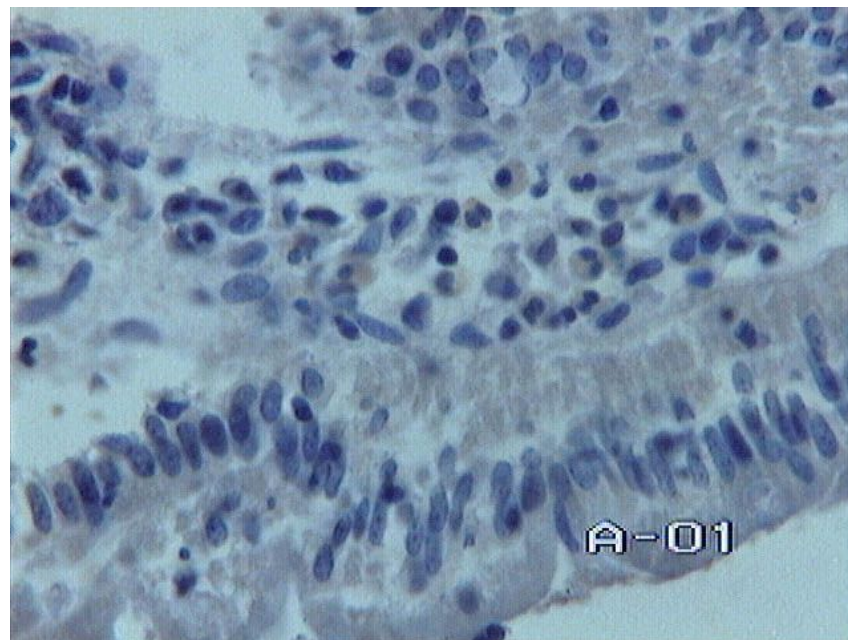




**Хр.гастрит.  
Лимфоплазмацитарная  
инфильтрация**



**Хр.гастрит.  
Эозинофильная  
инфильтрация.**



# Цель лечения

- эрадикация НР, если это хеликобактерный гастрит
- купирование воспалительных изменений и сокращение продолжительности обострения
- удлинение фазы ремиссии
- предотвращение прогрессирования изменений слизистой желудка



# Диета

## Обострение

- 1
- 1а
- 1б

## Ремиссия

- 2
- 15



# Антихеликобактерные препараты

1. Де-нол – по 120мг 3 раза в день внутрь за 30 минут до еды и н/ночь,

2. Метронидазол (трихопол) – по 500мг 2 раза в день внутрь п/еды

3. Тетрациклин – по 500мг 4 раза в день внутрь п/еды,

4. Амоксициллин (флемоксин-солютаб) – по 1г 2 раза в день  
внутри п/еды,

5. Кларитромицин (клацид) – по 500мг 2 раза в день внутрь п/еды,

- Гастростат, комбинированный препарат, содержащий: 108мг калиевой соли двузамещенного цитрата висмута+250мг тетрациклина гидрохлорид+ 200мг метронидазола

По 1тб 5 раз в день с едой.

- Пилобакт, в каждом комплекте содержится суточная доза лекарств, которая принимается в 2 приема – утром и вечером (2 капсулы омепразола по 20 мг, 2 тб клацида по 250 мг, 2 тб тинидазола по 500 мг).

- Пилорид 400 мг (ранитидин + висмута цитрат)

По 1тб внутрь 2раза в день

# Основные антисекреторные препараты и их суточные дозировки

## Ингибиторы протонной помпы - «золотой стандарт» в лечении

- Омепразол (омез, омепрол, лосек, зероцид) по 20 мг 2 раза
- Лансопразол по 30 мг 2 раза
- Пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза
- Рабепразол (париет) по 20 мг 2 раза
- Эзомепразол (нексиум) по 40 мг 1 раз/сутки

## H<sub>2</sub>-блокаторы

- Ранитидин (зантак, ранисан) по 150 мг 2 раза
- Фамотидин (ульфамид, гастросидин, пепсид, лецидил, квамател) по 20 и 40 мг 2 раза
- Низатидин (аксид) по 150 мг 2 раза
- Роксатидин по 150 мг 2 раза

# Всасывающиеся антациды

- Натрия гидрокарбонат, применяется по 0,5-1г через 1 или 3 часа после еды и н/ночь,
- Магния окись (жженая магнезия), применяется по 0,5-1г через 1 или 3 часа после еды и н/ночь,
- Кальция карбонат осажденный (мел осажденный), применяется по 0,5-1г через 1 или 3 часа после еды и н/ночь,
- Ренни (кальция карбонат с магнием карбонатом), применяется по 1-2тб 3 раза в день через 1 час после еды и н/ночь.



# Алюминий-содержащие антациды

- Алмагель по 5-10 мл суспензии после еды и на ночь,
- Алгелдрат/магния гидроксид по 1-2 таблетке, или по 5-10 мл суспензии
- Маалокс по 1-2 таблетке или по 1-2 пакетика после еды и на ночь
- Фосфалюгель по 1-2 пакетика после еды и на ночь
- Гастал по 1-2 таблетке после еды и на ночь,
- Гелюсил-лак по 1 тб или по 1 пакетик после еды и на ночь.

## **Гастроцитопротекторы**

1. Мизопростол (сайтотек), по 200 мкг 3 раза в день сразу после еды и н/ночь,
2. Де-нол, по 120 мг за ½-1 час до еды 3 раза в день и на ночь
3. Вентер (сукралфат), по 0,5-1г 3 раза в день за ½-1 час до еды и перед сном

## **Прокинетики**

1. Церукал, внутрь по 5-10 мг 3 раза до еды
2. Мотилиум (домперидон), внутрь по 10 мг 3-4 раза в день до еды или по 30 мг в свечах.
3. Координакс (цизаприд), ), внутрь по 5-10 мг 3-4 раза в день до еды или по 30 мг в свечах.

# ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРНОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

**Трехкомпонентная схема антихеликобактерной терапии**  
(терапия первой линии)



2 антихеликобактерных препарата + 1 антисекреторный препарат

**Четырехкомпонентная схема антихеликобактерной терапии**  
(терапия второй линии)



3 антихеликобактерных препарата + 1 антисекреторный препарат

**Длительность терапии**



Недельный курс  
Двухнедельный курс

# Примерные комбинации ЛС для трехкомпонентной схемы лечения

- Кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)+любой АП
- Де-нол+амоксциллин+ АП
- Пилорид+кларитромицин
- Пилорид+метронидазол (или тинидазол)
- Любой АП+кларитромицин+амоксциллин
- Любой АП +кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)
- Пилобакт или пилобакт МА

# Примерные комбинации ЛС для четырёхкомпонентной схемы

## лечения

- Де-нол+тетрациклин+метронидазол (или тинидазол)+любой  $H_2$ -блокатор
- Де-нол+кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)+любой  $H_2$ -блокатор
- Пилорид+кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)
- Гастростат+любой  $H_2$ -блокатор
- Гастростат +любой ингибитор протонной помпы
- Любой ингибитор протонной помпы+де-нол+метронидазол +тетрациклин
- Пилобакт или пилобакт МА+ амоксициллин
- Пилобакт или пилобакт МА+тетрациклин

# ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРНОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (С ПОНИЖЕННОЙ КИСЛОТОПРОДУКЦИЕЙ)

- 1. Антихеликобактерная терапия**, только без антисекреторных препаратов
- 2. Купирование воспалительного процесса.**
- 3. Коррекция нарушений моторной функции желудка (прокинетики).**
- 4. Заместительная терапия** (натуральный желудочный сок).
- 5. Коррекция нарушений кишечного пищеварения** (ферментные препараты).

# ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА (С ПОНИЖЕННОЙ КИСЛОТОПРОДУКЦИЕЙ)

- 1. Купирование воспалительного процесса.**
- 2. Коррекция нарушений моторной функции желудка (прокинетики).**
- 3. Заместительная терапия.**
- 4. Коррекция нарушений кишечного пищеварения.**
- 5. При наличии мегалобластной анемии,**  
подтвержденный исследованием костного мозга и сниженным уровнем витамина  $B_{12} < 150$  нг/л, лечение включает в/м введение 1 мл 0,1% р-ра оксикобаламина (1000 мкг) в течении 6 дней, далее в той же дозе в течении месяца вводится 1 раз в неделю, а в последующем пожизненно 1 раз в 2 месяца.

# Лечение хронического рефлюкс-гастрита

Мотилиум (или другие прокинетики)

+

Любой АП (H<sub>2</sub>-блокатор или ингибитор протонной помпы)

+

Урсофальк, или хенофальк

Основное лечение проводят до 8 недель. Далее продолжают терапию АП до 4-х месяцев, после чего переходят на терапию «по требованию».





# Лечение НПВП-индуцированного хронического гастрита

Препаратом выбора для лечения этой формы гастрита является мизопростол. При этом желательно отменить НПВП, а при не возможности их отмены применять одновременно гастроцитопротекторы (мизопростол, или вентер, или де-нол). Возможно использование комбинированного препарата артротек (в состав которого входят 50мг диклофенака и 200 мкг мизопростола). При необходимости подключить к лечению АП (ингибиторы протонной помпы или  $H_2$ -блокаторы в традиционных дозах).

# Первичная профилактика ХГ

- здоровый образ жизни (отказ от курения и употребления крепких алкогольных напитков),
- правильное и рациональное питание,
- по возможности исключение приема ульцерогенных лекарственных препаратов (НПВП, кортикостероиды и др.), а при необходимости применения – их правильный прием (после еды, с молоком или с щелочными минеральными водами) и/или одновременный прием вместе с ними  $H_2$ -блокаторов и и/или гастроцитопротекторов

# Вторичная профилактика

- Проведение успешного курса эрадикации НР, при хеликобактерных гастритах.
- Вторичная профилактика НПВН-индуцированных и стероид-индуцированных ХГ, предполагает отказ от приема этих препаратов, или их использование вместе с гастроцитопротекторами.
- Необходимый компонент вторичной профилактики ХГ, это своевременное обращение к врачу, соблюдение всех его рекомендаций.
- Лечение «по требованию»: больной при обострении заболевания самостоятельно в течение 3 дней принимает полную суточную дозу тех противоязвенных ЛС, которые ранее ему помогали. При отсутствии эффекта от самостоятельной 3-х дневной терапии больной обращается к врачу, а при ее эффективности продолжает прием этих препаратов в течение 2-х недель.

**Лекция:**

# Рак желудка

Составитель:

профессор Чамсутдинов Н.У.

# Факторы предрасполагающие развитию рака желудка

- обсемененность Ж НР (считают, что ХГ ассоциированный с НР является предраковым заболеванием);
- наличие хронической язвы Ж;
- аденоматозные полипы Ж;
- наличие анацидных и гипоцидных состояний (в особенности у больных аутоиммунным атрофическим гастритом).
- прием крепких алкогольных напитков;
- курение;
- наследственная предрасположенность;
- характер питания - преобладание в пищевом рационе копченостей, специй, очень горячей пищи, нерегулярное питание; использование полуфабрикатов и консервированных продуктов, содержащих канцерогены;
- радиоактивное облучение;
- проф.вредность (контакт с химическими препаратами, инсектицидами, работа в шахтах и т.д.);

# Классификация рака желудка по локализации

- Антральный отдел (60-70%)
- Малая кривизна (10-15%)
- Кардиальный отдел (8-10%)
- Передняя и задняя стенки (2-5%)
- Большая кривизна (1%)
- Дно желудка (1%).

# Классификация рака желудка по характеру роста

- Полиповидный (грибовидный), с выраженным эндогастральным ростом.
- Блюдцеобразный, с четкими границами, с изъязвлением в центре и валикообразно приподнятыми краями (язвенноподобный).
- Язвенно-инфильтративный, симулирующий хр.язву.
- Диффузный, сопровождающийся фиброзным утолщением стенки всего желудка или преимущественно пилорической его части.

# Классификация рака желудка по гистологической картине

- аденокарцинома (дифференцированный и малодифференцированный),
- недифференцированный (солидный, скirrosный, перстневидно-клеточный),
- плосклеточный,
- железисто-плоскоклеточный,
- неклассифицируемый.



# Постадийная классификация рака желудка

- 1 стадия – опухоль до 2 см в диаметре, с локализацией в слизистой и подслизистой оболочках желудка;
- 2 стадия – опухоль диаметром до 4-5 см, прорастающий в мышечный слой;
- 3 стадия - прорастает подсерозный и серозный слои, соседние органы, имеет множественные метастазы в регионарные узлы; нередко различные осложнения;
- 4 стадия – раковая опухоль любых размеров и любого характера при наличии отдаленных метастазов.

# Преимущественные метастазы рака желудка

- в регионарные лимфоузлы (ретропилорические, малого сальника, большого сальника);
- в левые надключичные лимфатические узлы («вирховский метастаз»);
- у женщин в яичники («крукенберговский метастаз»);
- в параректальную клетчатку («шиндлерский» метастаз);
- в печень (чаще всего);
- в позвоночник;
- в пупок;
- забрюшинные лимфатические узлы;
- легкие;
- редко в кости и другие органы.

## Характерные симптомы рака желудка

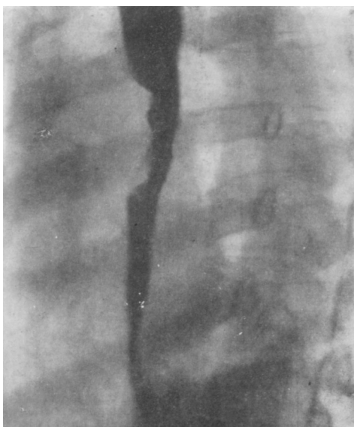
- потеря физиологического удовлетворения от приема пищи,
- ощущение переполнения Ж, чувство распираания его газами, чувство тяжести в эпигастрии
- боли, которые первоначально могут носить язвopodobный характер, но со временем становятся постоянными, носят нестерпимый характер
- нередко отвращение к мясной пище
- тошнота и рвота (иногда с примесью крови)
- немотивированная слабость,
- быстрая утомляемость; снижение и потеря аппетита
- прогрессирующее похудание с развитием кахексии;
- астенизация нервной системы;
- прогрессирующая дисфагия при приеме грубой, плохо разжеванной и сухой пищи, развивающаяся при раке кардиального отдела Ж с распространением его в пищевод;
- усугубление стенозирования привратника приводит к чувству быстрой насыщаемости и переполнения Ж;
- хронические желудочные кровотечения;
- прогрессирующая анемия;
- беспричинная длительная лихорадка.

# Осмотр

- бледность кожных покровов, или землистый их цвет,
- выраженное похудание,
- пальпация эпигастральной области позволяет в некоторых случаях выявить болезненность и ригидность мышц передней брюшной стенки, иногда удается пальпировать округлое плотное образование;
- у некоторых больных выявляются отдаленные метастазы.
- при метастазах в лимфоузлы ворот печени и при обсеменении брюшины может развиваться асцит.

## Лабораторно-инструментальная диагностика

- В о/а крови: норма или гипохромную анемию, увеличение СОЭ.
- При наличии ракового кровотечения выявляется положительный анализ кала на скрытую кровь.
- Рентгенологически зачастую обнаруживается дефект наполнения, отсутствие перистальтики в зоне локализации опухоли. В ряде случаев при раковой инфильтрации стенки Ж наблюдается деформация и перегибы, так называемый каскадный Ж. Рак антрального и пилорического отдела может приводить к его стенозированию, что может привести к расширению вышележащих отделов Ж.
- ЭГДС ни каким другим методом не заменишь и эндоскопическая картина опухоли будет на прямую зависеть от ее формы.
- Гистологическое исследование гастробиоптата позволяет окончательно верифицировать диагноз РЖ.



- **Рак пищевода. Дефект наполнения средней/3 пищевода**



- **Дефекты наполнения при блюдцеобразном раке желудка**

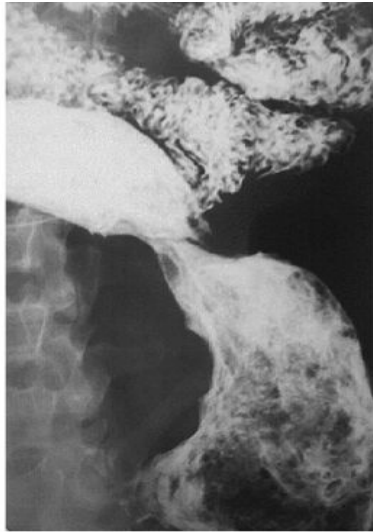


- **Рак желудка. Дефект наполнения в среднем отделе желудка**

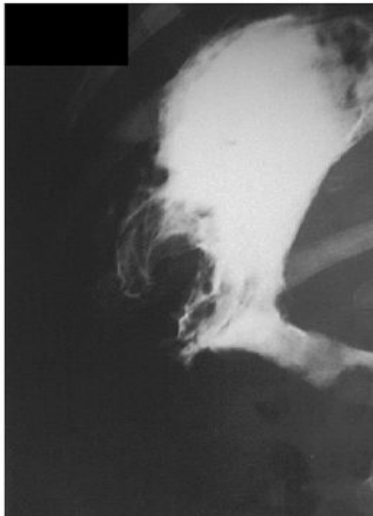


- **Схема рентгенологических изменений при диффузной форме рака (скирр).**

а



б



- рак желудка. Дефекты наполнения, деформация и нарушение рельефа слизистой

а



б



- Рак желудка. Имеются дефекты наполнения, значительное сужение выходного отдела желудка, нарушение эвакуации контраста

# Лечение рака желудка

- Радикальным методом лечения РЖ является хирургический (резекция Ж или тотальная гастрэктомия, с удалением регионарных лимфоузлов).
- Оперативное лечение РЖ показано лицам до 75 лет, при отсутствии метастазов. Радикальная операция дает летальность 10%. Паллиативные операции показаны при стенозировании и кровотечении.
- Химиотерапия и лучевое лечение проводятся при неоперабельной форме РЖ и оперированным больным с целью профилактики рецидива.



## Симптоматическая терапия, включает в себя:

- **При боли** – назначение анальгетиков (пентазоцин по 50мг 3-4-раза в день, промедол по 25 мг 3-4 раза в день, трамадол по 50мг 2-3 раза в день, тилидин по 50 мг 4 раза в день. С целью усиления их анальгетического эффекта и снижения дозы используемых анальгетиков рекомендована комбинация их с транквилизаторами, нейролептиками или антидепрессантами. Из транквилизаторов наиболее часто используют производные бензодиазепина. Из нейролептиков – аминазин, тизерцин, хлорпротиксен, терален, френолон, галоперидол, этаперазин. Из антидепрессантов – имипрамин, amitриптилин.
- **При диспепсических проявлениях:** H<sub>2</sub>-блокаторы (при высокой кислотности); антациды, гастроцитопротекторы (де-нол, вентер, сайтотек).
- **При нарушениях моторики** – прокинетики.
- **При желудочном кровотечении** - остановка и борьба с геморрагическим шоком.

# Разбор больного

Больной К., 32 лет, поступил в терапевтическое отделение больницы **с жалобами** на боли в эпигастрии, возникающие через 20-30 минут после еды, отрыжку кислым, изжогу, неприятный привкус во рту, запоры.

# An.morbi

Болен в течение года. К врачам не обращался. При болях в эпигастрии принимал омез, фосфалюгель с положительным эффектом. Три дня назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось, усилились боли, отрыжка, изжога. В связи, с чем обратился к врачу и был госпитализирован в портовскую больницу.

# **An. vitae.**

Работает водителем дальнобойщиком. Часто бывает в командировках. Нарушение режима питания - еда чаще всухомятку, любит крепкий чай, кофе. Курит по 1 пачке сигарет в день. Потребляет алкоголь. У отца язвенная болезнь желудка.

# Status praesens.

Состояние удовлетворительное.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 17/минуту.

Сердце – тоны ясные, ритмичные. Пульс-ЧСС – 70/минуту.

Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в эпигастрии.

Размеры печени по Курлову: 9-8-7.

Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

**Какие заболевания  
можно  
предположить у  
данного пациента?**

## **У больного можно предположить:**

1. Хронический  
неатрофический гастрит.
2. Рак желудка.
3. Язвенная болезнь желудка.
4. Гастроэзофагеальная  
рефлюксная болезнь.

Больному дополнительно проведены исследования:

### **Эзофагогастродуоденоскопия:**

Слизистая пищевода гиперемирована в н/З, слизистая желудка отечна и гиперемирована.

Взята биопсия с антрального отдела желудка для цитологического и гистологического исследований. В мазке из гастробиоптата, выявлено умеренное обсеменение (до 20 микробных тел) НР.



**Ваш диагноз.**

Хронический  
хеликобактерный  
неатрофический гастрит.  
Фаза обострения.

Гастроэзофагеальная  
рефлюксная болезнь I  
степени

**На основании чего  
выставлен  
диагноз?**

# Диагноз выставлен на основании

**жалоб больного** на боли в эпигастрии возникающие через 20-30 минут после еды, отрыжку кислым, изжогу, неприятный привкус во рту, запоры.

**Из an.morbi.** В течение года периодически беспокоят боли в эпигастрии и изжога, купирующиеся омезом и фосфалюгелем. Рецидив развился после командировки.

**Из an. vitae.** Работает водителем дальнобойщиком. Часто бывает в командировках. Нарушение режима питания - еда чаще всухомятку, любит крепкий чай, кофе. Курит по 1 пачке сигарет в день. Потребляет алкоголь. У отца язвенная болезнь желудка.

**Объективно:** Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в эпигастрии.

**Из результатов исследования:** на ФГДС слизистая пищевода гиперемирована в н/3, слизистая желудка отечна и гиперемирована.

В мазке из гастробиоптата, выявлено умеренное обсеменение (до 20 микробных тел) НР.

**Какие факторы  
способствовали  
развитию данного  
заболевания?**

## **Развитию заболевания способствовали:**

Работа – водитель дальнобойщик

Частые командировки

Нарушение режима питания.

Злоупотребление крепким чаем и кофе.

Курение.

Употребление алкоголя

**Дать план  
исследования  
данному больному**

# План обследования

1. О/а крови
2. О/а мочи
3. О/а кала
4. Кал на скрытую кровь
5. Исследование желудочного сока или рН-метрии.
6. ЭКГ
7. Рентгеноскопия легких и желудка.
8. Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
9. Исследование гастробиоптата на НР
10. Неинвазивные методы исследования на наличие НР
11. Гистологическое исследование гастробиоптата.



**Дать план  
лечения  
данному  
больному**

# План лечения

1. Стол №1а.
2. Ингибиторы протонной помпы
3. Антихеликобактерные препараты.

**Дать  
примерные  
схемы лечения.**

# Недельный курс трехкомпонентной антихеликобактерной терапии

1. Кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)+любой АП
2. Де-нол+амоксциллин+ АП
3. Пилорид+кларитромицин
4. Пилорид+метронидазол (или тинидазол)
5. Любой АП+клагцид+амоксциллин
6. Любой АП +клагцид+метронидазол (или тинидазол)
7. Пилобакт или пилобакт МА