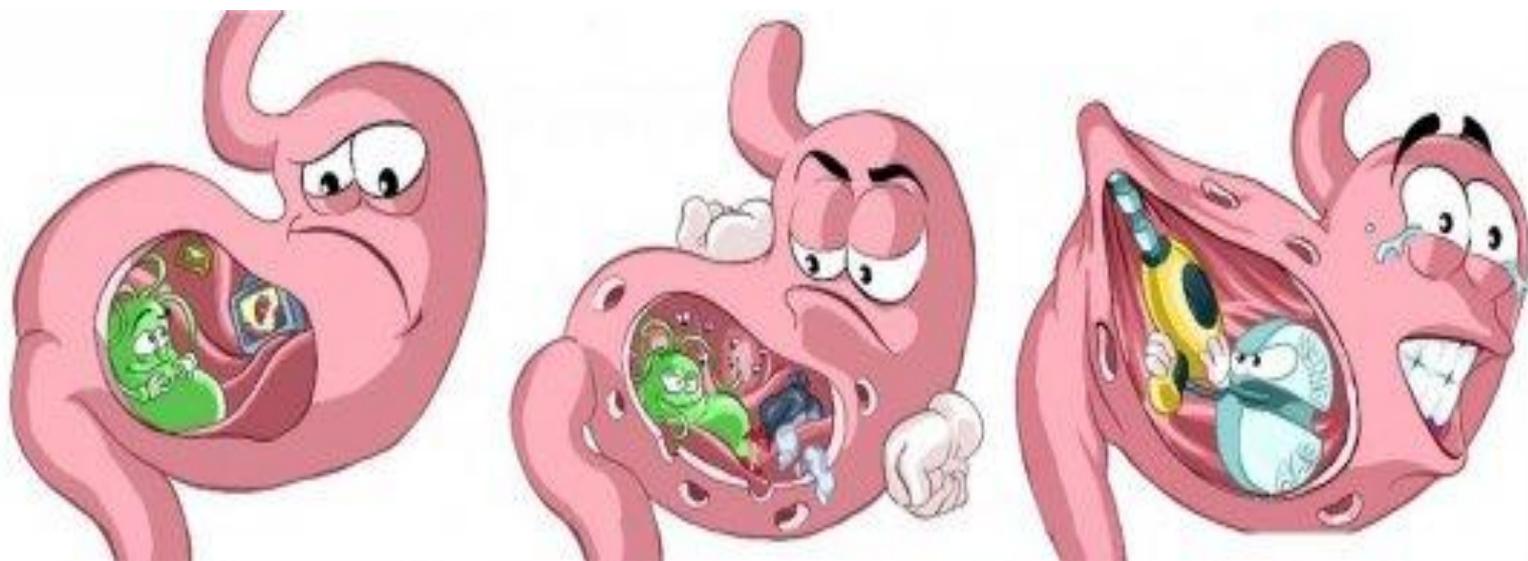
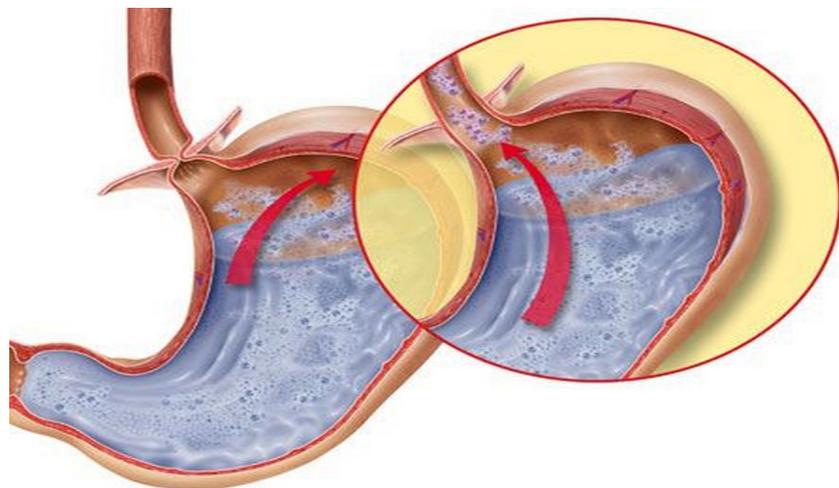
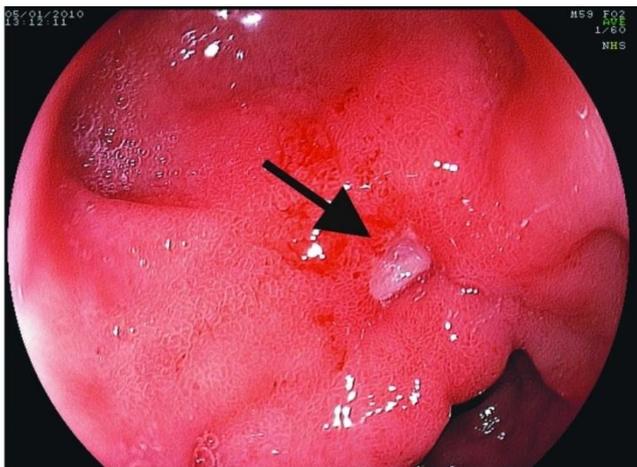


# Болезни органов пищеварения





- ГЭРБ
- Гастриты
- ЯБЖ и двенадцатиперстной кишки



**Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)** - заболевание, при котором воспаление стенок нижнего отдела пищевода возникает как результат регулярного рефлюкса желудочного или дуоденального содержимого в пищевод.

**Врачи выделяют два вида рефлюкса:**

- физиологический;
- патологический.

Но какими способами можно отличить физиологический рефлюкс от патологического?

У рефлюкса физиологического есть такие характерные признаки:

- Он появляется сразу после того, как человек поел.
- Его не сопровождают другие клинические симптомы.
- В сутки подобный рефлюкс беспокоит нечасто. Он даже может быть единичным.
- Ночью он случается еще реже.

## А вот характерные симптомы рефлюкса патологического:

- Он часто возникает без связи с приемами пищи.
- Патологический рефлюкс беспокоит больного достаточно часто. При этом приступы являются довольно продолжительными.
- Нередко он беспокоит ночью.
- Его сопровождают другие клинические симптомы. Часто они достаточно хорошо выражены.
- Наблюдаются признаки воспаления слизистой в пищеводе.

## Почему возникает ГЭРБ?

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь может развиваться на фоне многих проблем. В гастроэнтерологии принято выделять следующие причины, которые провоцируют возникновение ГЭРБ:

- Нарушение тонуса нижнего сфинктера в пищеводе.

Такая ситуация может появиться вследствие негативного влияния:

- если человек чрезмерно употребляет напитки, которые содержат в себе кофеин — чай, кофе и некоторые виды газированной воды;
- прием отдельных лекарственных препаратов также может вызвать развитие рефлюксной болезни: Верапамил, Папаверин, Теофиллин и прочие;
- из-за курения, никотин попадает в организм человека и начинает негативно влиять на мышечный тонус;
- алкоголь своим составом оказывает разрушительное воздействие на слизистые поверхности, причем не только желудка, но и других органов;
- беременность — в этот период гормональный фон начинает свою перестройку, из-за чего тонус нижнего пищеводного сфинктера может быть несколько ослаблен.

Рефлюксная проблема возникает из-за повышенного внутрибрюшного давления.

- Такое заболевание может быть вторичным, например, на фоне асцита, ожирения, постоянных метеоризмов и беременности.

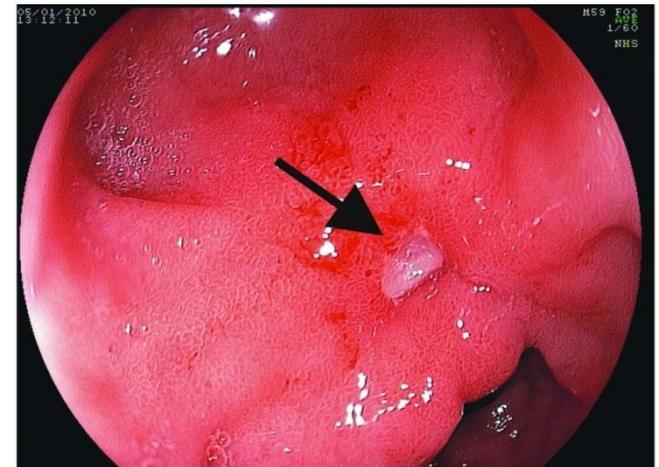
Если у человека обнаружена диафрагмальная грыжа, то появляются благоприятные условия для развития болезни.

- В этом случае на нижнюю часть пищевода в области грудной клетки идет пониженное давление. Данный вид грыжи встречается у каждого второго, кому исполнилось больше 50 лет.

# Неправильный прием пищи.



Спровоцировать  
развитие ГЭРБ  
может и язва  
в двенадцатиперстной  
кишке.



## Классификация

Выделяют 3 основные формы болезни:

- неэрозивная, наиболее частая форма (60% всех случаев ГЭРБ), к которой относят ГЭРБ без признаков эзофагита и катаральный РЭ;
- эрозивно-язвенная форма (34%), включая ее осложнения: язва и стриктура пищевода;
- пищевод Баррета (6%) — метаплазия многослойного плоского эпителия на цилиндрический в дистальном отделе как следствие ГЭРБ (выделение этой ПБ связано с тем, что эта форма метаплазии рассматривается как предраковое состояние).

# Лосанджелесская классификация РЭ

## Степень тяжести

### РЭ изменений

### Характеристика

Степень А Одно или несколько повреждений слизистой оболочки пищевода длиной не более 5 мм, ограниченные одной складкой слизистой оболочки

Степень В Одно или несколько повреждений слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, ограниченные складками слизистой оболочки, причем повреждения не распространяются между двумя складками

Степень С Одно или несколько повреждений слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, ограниченные складками слизистой оболочки, причем повреждения распространяются между двумя складками, но занимают менее 75% окружности пищевода

Степень D Повреждения слизистой оболочки пищевода, охватывающие 75% и более его окружности



## По какой же симптоматике можно определить наличие ГЭРБ?

Врачи разделяют симптомы ГЭРБ на две группы:

- эзофагеальные;
- внеэзофагеальные.

### Эзофагеальные симптомы:

- отрыжка;
- изжога;
- привкус кислого во рту;
- частое срыгивание;
- нарушение нормального процесса глотания;
- рвота;
- частая икота;
- ощущение тяжести за грудиной, комка в этой области.

## Внеэзофагеальные симптомы:

- Синдром легочный (одышка, которая появляется тогда, когда человек ложится, кашель).
- Синдром оториноларингофарингеальный (может развиваться апноэ рефлексорное, ринит, отит, фарингит или ларингит).
- Синдром стоматологический (пародонтоз, кариес).
- Синдром анемический. Он проявляется на поздней стадии развития заболевания и связан с тем, что на стенках пищевода появляются эрозии. Они могут кровоточить, из-за чего снижаются показатели гемоглобина.
- Синдром кардиальный (наблюдается аритмия, больной ощущает боль в области сердца).

## Диагностика ГЭРБ

- Эндоскопическое исследование пищевода выявляет воспалительные изменения пищевода, эрозии, язвы, стриктуры пищевода, пищевод Барретта.
- Суточное мониторирование рН в нижней трети пищевода определяет количество и продолжительность эпизодов заброса желудочного содержимого в пищевод, а также даёт возможность индивидуального подбора терапии и контроля эффективности действия препаратов.

- Манометрическое исследование пищеводных сфинктеров позволяет выявить изменение тонуса пищеводных сфинктеров.
- Рентгенологическое исследование пищевода, которое выявляет грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, эрозии, язвы, стриктуры пищевода.
- Желудочно-пищеводная сцинтиграфия позволяет оценить пищеводный клиренс.
- Совместная pH-импедансометрия пищевода исследует нормальную и ретроградную перистальтику пищевода и рефлюксы различного происхождения (кислые, щелочные, газовые).
- УЗИ.

## Лечение

Лечение может быть медикаментозным, хирургическим, а иногда достаточно изменить образ жизни и привычки в питании.

### ● **Лечение медикаментозное**

Лечение медикаментами назначает гастроэнтеролог. Его цель при этом – нормализовать кислотность и улучшить моторику желудка. Для того чтобы добиться желаемого результата, назначается комплекс препаратов следующего действия:

- Прокинетики (метоплокрамид, домперидон). Они способствуют повышению тонуса нижнего сфинктера в пищеводе. Он начинает лучше сокращаться. Данная группа препаратов также способствует нормализации моторики желудка. Улучшается транспортировка содержимого желудка в кишечник. Это помогает уменьшить число рефлюксов.
- Антисекреторные препараты. Они способны значительно уменьшать разрушающее действие, которое соляная кислота оказывает на слизистую оболочку в пищеводе.
- Репаранты (мизопростол, даларгин, масло облепихи). Улучшают процесс заживления появившихся эрозий и язв.
- Антацидные препараты (маалокс, альмагель, фосфалюгель). Они снижают активность соляной кислоты и пепсина, адсорбируют лизолецитин, желчные агрессивные кислоты. Также они помогают улучшить эзофагеальное очищение.

## ● **Лечение хирургическое**

Оперативное вмешательство показано в тех случаях, когда заболевание спровоцировало развитие серьезных осложнений:

- пищевод Баретта;
- стриктура;
- язва;
- рефлюкс-эзофагит, который достиг III или IV степени развития.

Также операция может проводиться в тех случаях, когда медикаментозное лечение или коррекция образа жизни больного не помогают снять симптомы заболевания. Хирург может избрать разные методики лечения, но их главная цель – восстановить утраченный барьер от желудка к пищеводу.

## ● Диета

При любом заболевании ЖКТ одним из важных компонентов лечения и профилактики становится диета. При этом важно выбирать и готовить продукты правильно, соблюдать режим и знать о нормах рационального питания. Иногда достаточно скорректировать рацион, чтобы надолго забыть о ГЭРБ.

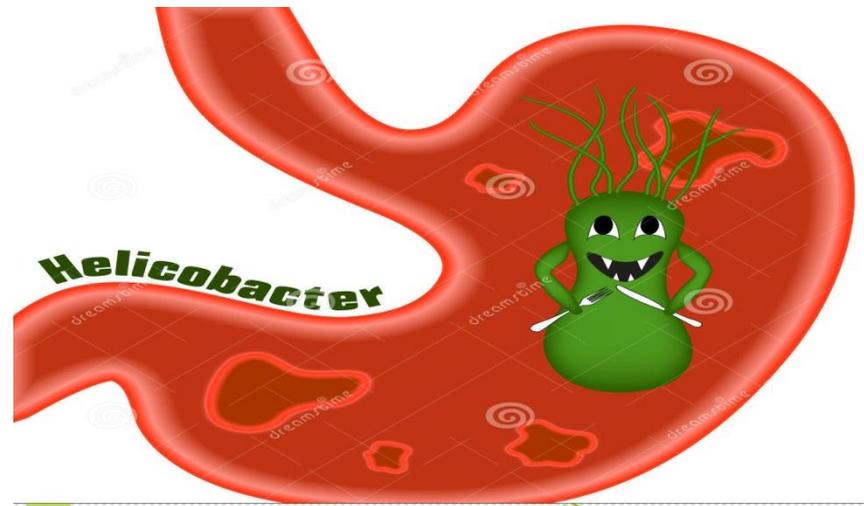
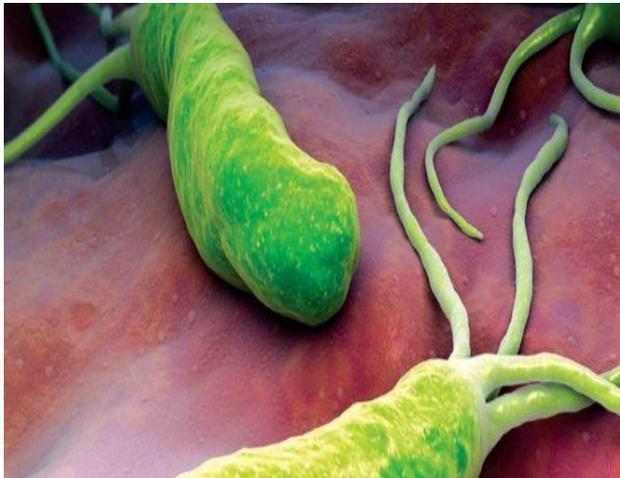
- **Гастрит** — это длительно протекающее заболевание, характеризуется дистрофически-воспалительными изменениями в слизистой оболочке желудка, протекает с нарушением регенерации, также с атрофией эпителиальных клеток и замещением нормальных желёз на фиброзную ткань. Прогрессирование заболевания ведёт к нарушению основных функций желудка, прежде всего секреторной.

Острым гастритом называют острое воспаление слизистой оболочки желудка, вызванное разовым воздействием сильных раздражителей.

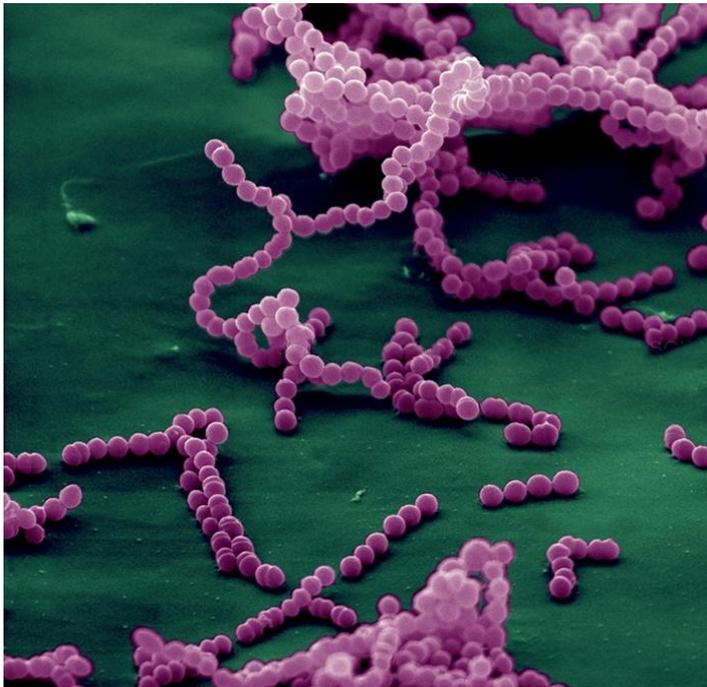
### Причины острого гастрита

По этиологическому механизму возникновения выделяют острые эндогенные и экзогенные гастриты.

Развитие острого эндогенного гастрита связано с инфекцией, присутствующей в организме. Чаще всего этиологическим агентом выступает спиралевидная бактерия **Helicobacter pylori**, которая выявляется у 80% пациентов с острым гастритом.



Реже возбудителями эндогенных острых гастритов выступают стрептококки, протей, стафилококки, кишечная палочка, цитомегаловирус, возбудители грибковых инфекций.



Этиологическими факторами острого экзогенного гастрита, прежде всего, выступают пищевые агенты – термические, механические, химические.

В числе экзогенных причин острого гастрита также нередко выступают пищевые отравления, вызванные употреблением пищи, инфицированной сальмонеллами, шигеллам  
и, иерсиниями, клебсиеллами.

В зависимости от клинических проявлений и характера повреждения слизистой оболочки желудка рассматривают следующие типы острого гастрита: *катаральный, фибринозный, коррозионный и флегмонозный.*

- **Катаральный гастрит (простой гастрит, банальный гастрит)** является чаще всего следствием пищевых отравлений и неправильного питания. Он характеризуется инфильтрацией **лейкоцитов** в слизистую оболочку желудка, воспалительной **гиперемией**, дистрофическими изменениями эпителия.
- **Фибринозный гастрит (син. дифтеритический гастрит)** возникает при отравлении **кислотами, сулемой** или при тяжёлых инфекционных заболеваниях. Острый фибринозный гастрит проявляется дифтеритическим воспалением слизистой оболочки желудка.

- **Коррозийный гастрит** (син. **некротический гастрит, токсико-химический гастрит**) возникает из-за попадания в желудок концентрированных кислот или щёлочей, солей тяжёлых металлов. Коррозийный гастрит характеризуется некротическими изменениями тканей желудка.
- Причины **флегмонозного гастрита** — травмы и осложнения после язвенной болезни или рака желудка, некоторых инфекционных болезней. Характеризуется гнойным расплавлением стенки желудка и распространением гноя по слизистому слою.

# Как проявляется болезнь

Острый гастрит имеет такие наиболее характерные симптомы:

- понос;
- рвота;
- признаки тяжести и переполненности желудка;
- сильная тошнота;
- признаки нарастающей слабости;
- заметная бледность кожных покровов;
- наличие серо-белого налета на языке;
- признаки нарушения деятельности слюнных желез, которые проявляются в усилении или, наоборот, в отсутствии слюнообразования;
- болезненность в области желудка при пальпации (ощупывании).

## Диагностика острого гастрита

При выяснении обстоятельств заболевания обращают внимание на пищевой, лекарственный анамнез, сопутствующую патологию. Объективный статус при остром гастрите характеризуется бледностью и сухостью кожных покровов, болезненностью эпигастральной области при пальпации. При осмотре ротовой полости язык обложен сероватым налетом, определяется неприятный запах изо рта.

- кал на скрытую кровь
- **развернутый биохимический анализ крови**
  - копрограммы
  - бактериологический посев кала.
- тест на хеликобактер, определение **H. Pylori** в крови и кале методом ИФА, ПЦР-диагностики.
  - гастроскопия
  - рентгенография желудка
- обзорная рентгенография и МСКТ органов брюшной полости

Лечение гастрита острой формы почти всегда начинают с обязательного промывания желудка и очищения кишечника. В случае инфекционной этиологии назначают антибактериальные препараты (энтеросептол, левомицетин) и абсорбирующие средства: активированный уголь или **каолин** и др. В случаях острого аллергического гастрита рекомендовано назначения **антигистаминных средств**. При выраженном болевом синдроме – **спазмолитики**, холинолитические препараты: атропин, платифиллина гидротартрат. При обезвоживании организма парентерально вводят изотонический раствор хлорида натрия и глюкозы.

## Хронический гастрит (ХГ) —

заболевание с хроническим рецидивирующим течением, в основе которого лежит воспалительное, дистрофическое, дисрегенераторное поражение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением его секреторной, моторно-эвакуаторной и инкреторной функции.

# Классификация

Хронические гастриты классифицируются с точки зрения:

- **анатомического расположения зоны воспаления** (антральный или фундальный гастрит);
- **происхождения** (бактериальный, аутоиммунный, эндогенный, ятрогенный, рефлюкс-гастрит);
- **гистологической картины** (поверхностный, атрофический, гиперпластический);
- **состояния секреторной функции** (гипацидный – пониженная секреция, гиперацидный – повышенная секретность, с нормальной секреторной функцией).

## **Хьюстонская классификация** хронического гастрита:

- гастрит А — **аутоиммунный** характеризуется образованием антител в обкладочных клетках фундального отдела вследствие появления антигенных свойств белковых структур клеток. Этот тип гастрита сопровождается пернициозной анемией (из-за нарушения выработки фактора Кастла).
- гастрит В — **бактериальный**; вследствие обсеменения инфекцией *Helicobacter pylori*. В 90 % случаев хронического гастрита встречается именно этот тип.
- гастрит С — **рефлюкс-гастрит**; вследствие заброса в желудок желчных кислот и лизолецитина.

В клинической практике выделяют факторы риска развития хронического гастрита:

## **внешние и внутренние.**

### Внешние факторы:

- **нарушение характера питания** (нерегулярные приемы пищи, недоброкачественная еда, недостаточное пережевывание, перекусы на ходу), вредные пищевые привычки (употребление большого количества острой, жареной, кислой, копченой пищи), употребление очень горячих или очень холодных продуктов;
- **недостаточность жевательной функции** (стоматологические заболевания, нехватка зубов, снижение подвижности височно-нижнечелюстного сустава);  
ятрогенный хронический гастрит вызывается
- **продолжительным употреблением лекарственных средств**, наиболее распространен гастрит, вызванный препаратами группы нестероидных противовоспалительных средств.

# Внутренние факторы:

- хронические воспаления полости рта, верхних дыхательных путей, легких;
- эндокринные нарушения (гипер- и гипотиреоз, сахарный диабет, расстройство синтеза кортикостероидов);
- нарушения обмена веществ (подагра, инсулинрезистентность, ферментативные недостаточности разного рода);
- нарушения дыхания и кровообращения, ведущие к тканевой гипоксии (легочная и сердечно-сосудистая недостаточность);
- недостаточность выделительной системы, ведущая к высокому содержанию в крови азотистых соединений - продуктов катаболизма (при снижении выведения этих веществ почками, они начинают выделяться через стенки желудочно-кишечного тракта, повреждая слизистую оболочку);

- хронические панкреатиты, гепатиты, цирроз печени и другие заболевания пищеварительных органов способствуют патологическим изменениям в работе желудочных желез, изменённая среда повреждает слизистую и ведет к хроническому воспалению, а нарушения перистальтики кишечника могут вызвать рефлюкс-гастрит (воспаление слизистой в районе привратника, вызванное обратным забросом желчи из двенадцатиперстной кишки);
- аутоиммунные состояния: нарушения иммунитета, характеризующиеся выработкой антител к собственным тканям организма (мишенями для аутоантител становятся париетальные клетки слизистой, которые отвечают за синтез соляной кислоты, желудочных мукопротеинов, а также гастропротективной составляющей желудочной слизи – фактора Касла).

## Симптомы болезни

- гнилостный запах из ротовой полости;
- отрыжка после еды, пахнувшая протухшей пищей;
- вялый аппетит, ощущение тяжести в животе, тошнота на протяжении длительного периода;
- колики в желудке, метеоризм, расстройство стула;
- тянущие боли в боку после приёма пищи;
- в период обострения возможна рвота с частичками непереваренных продуктов.

## Осложнения

- Как правило, хронический гастрит со временем усугубляется язвенной болезнью (слизистая изъязвляется, возникает риск кровотечения, пенетрации стенки желудка).
- Также очаг хронического воспаления может озлокачиваться, и результатом может быть рак желудка, либо опухоль лимфоидной ткани.

# Диагностика

- **Клиническая диагностика** — анализируются жалобы больного, анамнез, данные осмотра пациента, высказывается предположительный диагноз и составляется рациональный план инструментального обследования.
- **Эндоскопическая диагностика** с обязательной биопсией — уточняется наличие *Helicobacter pylori*, характер и локализация изменений слизистой оболочки желудка, наличие предраковых изменений слизистой оболочки желудка. Для биопсии берётся не менее чем 5 фрагментов (2 — из антрального отдела, 2 — из тела желудка, 1 — из угла желудка).
- **Дыхательная диагностика** — уточняется наличие *Helicobacter pylori*. Данный метод предполагает приём пациентом мочевины нормального изотопного состава и последующее измерение концентрации аммиака с помощью газоанализатора.
- **Лабораторная диагностика** — клинический анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, клинический анализ кала, анализ кала на скрытую кровь, выявление инфекции *Helicobacter pylori*.

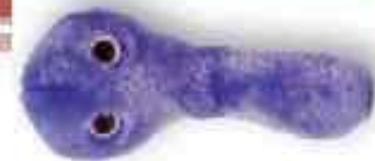
- Ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы, желчного пузыря — для выявления сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта.
- Внутрижелудочная рН-метрия — определение состояния секреции и диагностика функциональных нарушений при кислотозависимых заболеваниях ЖКТ.
- Электрогастроэнтерография — исследование моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта с целью определения дуоденогастрального рефлюкса.
- Манометрия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, с помощью которой определяется наличие или отсутствие рефлюкс-гастрита (в норме в двенадцатиперстной кишке давление 80—130 мм вод. ст., у пациентов с рефлюкс-гастритом оно повышено до 200—240 мм вод. ст.).

## Лечение

- **Препараты, снижающие секрецию соляной кислоты** (блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы). К блокаторам гистаминовых рецепторов относятся препараты группы фамотидина. Максимально эффективно блокируют секрецию желудочных желез ингибиторы протонной помпы (омепразол и препараты его группы), которые также обязательно применяются при эрадикационных мерах по отношению к *H. Pylori*.
- **Антацидные препараты** связывают соляную кислоту и снижают активность пепсина. К таким препаратам относятся: алюминия фосфат, комбинированный препарат, в состав которого входят гидроксид алюминия, гидроксид магния, сорбитол.

- **Препараты-гастропротекторы.** К ним относятся препараты висмута, обладающие обволакивающим и вяжущим свойствами, а также - препарат гидроксида алюминия в сочетании с октасульфитом сахарозы, использующийся в терапии эрозивного гастрита и обладающий помимо основного гастропротективного свойства, способностью к адсорбции, антацидным эффектом и противоязвенным действием.
- Для регуляции пищеварения в терапии хронического гастрита используются ферментные препараты, для снятия спазмов и нормализации перистальтики – спазмолитические средства.
- При инфицировании *H. Pylori* используются антибактериальные препараты для эрадикации: антибиотики широкого спектра, метронидазол, нитрофураны.

**Спасибо за терпение )**



**Берегите себя и своих близких!**

