

Қазақстан Ресей Медицина Университеті

Тақырыбы: Гастрит, асқазан ойық жарасы

Орындаған: Қалышкен Д.Б

Групп: 507А

Алматы 2018

План:

- 1) Определение
- 2) Классификации
- 3) МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Гастрит – это воспаление слизистой оболочки желудка. Он бывает **острым**, когда возникает впервые, и **хроническим**, когда воспаление слизистой является постоянным спутником человека.

- 1) Неатрофический
- 2) Атрофический аутоиммунный (*Helicobacter pylori*)
- 3) Атрофический мультифокальный (Иммунные механизмы)

Особые формы :

- 1) Химический (Химические раздражители)
- 2) Радиационный (Лучевое поражение)
- 3) Лимфоцитарный (Идиопатический Иммунные механизмы Глютен)
- 4) Гранулематозный (Болезнь Крона)

Описание морфологических изменений дополняются характеристикой эндоскопических категорий гастритов:
эритематозный/экссудативный гастрит (поверхностный гастрит);

- плоские эрозии;

-приподнятые эрозии;

-геморрагический гастрит;

-гиперпластический гастрит;

-гастрит, сопровождающийся дуоденогастральным рефлюксом (ДГР) - рефлюкс- гастрит.

Клиника:

При хронических гастритах выраженных клинических симптомов не наблюдается, возможные симптомы: • при хроническом антральном поверхностном *H. pylori* ассоциированном гастрите возможны «язвенноподобный» вариант диспепсии (тупые боли в эпигастрии/или в пилородуоденальной зоне) или дискинетический вариант «желудочной диспепсии» - чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота; • при хроническом атрофическом мультифокальном гастрите возможны симптомы «желудочной диспепсии» - чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота; • при аутоиммунном атрофическом – симптомы В-12-дефицитной анемии и могут быть симптомы «желудочной диспепсии» .

Диагностика:

- 1) Анамнез
- 2) Физикальное обследование
- 3) Лабораторные исследования - тест на *H.pylori*:
- 4) ЭФГДС с прицельной биопсией

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

-ОАК – по показаниям;

- определение сывороточного железа в крови – при анемии;

-УЗИ брюшной полости

-биохимические анализы крови: общий билирубин и его фракций, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкозы, амилазы – (при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите и/или при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы)

- **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:** Цель лечения: достижение полной ремиссии заболевания ; предупреждение дальнейшего прогрессирования атрофии и развития осложнений; Основные задачи лечения: снижение активности кислотно-пептического фактора; нормализация секреторно-моторной функции желудка; повышение защитных свойств СОЖ и слизистой оболочки ДПК; эрадикация *H. pylori*. 3.1 Немедикаментозное лечение и общие мероприятия включают: Диета: питание полноценное и разнообразное; режим питания дробный, до 6 раз в сутки, малыми порциями; ограничение механических и химических раздражителей ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке; исключение очень горячих и очень холодных блюд;
- **Антибиотики.** Предназначены для лечения *хронического гастрита*, вызванного *Helicobacter pylori*. Эта бактерия на редкость упорно сражается за свою жизнь и не поддается одиночному антибиотику – только комбинации. Антибиотики, которые эффективно действуют против *H. pylori* – кларитромицин, амоксициллин, метронидазол, тетрациклин, фуразолидон. Если проводить *лечение* инфекции одним антибиотиком, процент выздоровевших гораздо ниже. Курс лечения составляет от одной до двух недель.
- **Препараты для регулирования уровня кислоты в желудке.** Это ингибиторы протонного насоса, которые подавляют деятельность производящих кислоту клеток желудка (*омепразол*, лансопразол, рабепразол, пантропразол, эзомепразол), а также H₂-блокаторы (*ранитидин*, фамотидин, циметидин). Стоит помнить, что высокие дозы и длительное применение ингибиторов протонного насоса при лечении *хронического гастрита* может увеличить риск переломов, поэтому врач может назначить дополнительно принимать препараты кальция для укрепления костей.
- **Антациды.** Если *гастрит* находится в стадии обострения и облегчение нужно ну прям в ту же минуту, врач может предложить больному принимать антацидные средства. Они нейтрализуют желудочную кислоту и могут быстро облегчить боль при *хроническом гастрите*. Правда, в зависимости от их активного вещества, могут быть и побочные эффекты – запор или понос.

Язвенная болезнь – представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки . NB! Инфекция *H. pylori* вызывает прогрессирующее повреждение слизистой желудка и играет важную роль в развитии язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), аденокарциномы желудка.

Классификация:

- С точки зрения нозологической самостоятельности различают:
- ЯБ и симптоматические гастродуоденальные язвы;
- ЯБ, ассоциированная и не ассоциированная с *H. pylori*.
- **II. Клиническая форма:** 1. острая или впервые выявленная;
- 2. хроническая.
- **III. Течение:** 1. латентное;
- 2. легкое или редко рецидивирующее;
- 3. средней тяжести или рецидивирующее (1—2 рецидива в течение года);
- 4. тяжелое (три рецидива и более в течение года) или непрерывно рецидивирующее; развитие осложнений.
- **IV. Фаза:** 1. обострение (рецидив);
- 2. затухающее обострение (неполная ремиссия);
- 3. ремиссия.
- **V. Характеристика морфологического субстрата болезни. Виды язвы:** 1. острая язва;
- 2. хроническая язва.
- **Размеры язвы:** 1. небольшая (менее 0,5 см);
- 2. средняя (0,5—1 см);
- 3. крупная (1,1—3 см);
- 4. гигантская (более 3 см).
- **Стадии развития язвы:** 1. активная; 2. рубцующаяся; 3. стадия красного рубца; 4. стадия белого рубца; 5. длительно не рубцующаяся

Локализация язвы:

- 1. желудок (кардия, субкардиальный отдел, тело желудка, антральный отдел, пилорический канал, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна); 2. двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарная часть, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна).
- VI. Характеристика функций гастродуоденальной системы (указываются только выраженные нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций).
- VII. Осложнения:
 - 1. кровотечения (легкое, среднетяжелое, тяжелое, крайне тяжелое);
 - 2. перфорация;
 - 3. пенетрация;
 - 4. стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный);
 - 5. малигнизация

Клиника :

- Жалобы. Ведущий симптом обострения ЯБ – боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничной отдел позвоночника. Боли отмечаются у 92-96% больных. По интенсивности они зависят от глубины язвенного дефекта.
- Различают боли тупого, режущего, жгучего характера. Боли при ЯБ характеризуются периодичностью, сезонностью и ритмичностью. Периодичность болей проявляется сменой безболевых промежутков периодами появления болей. Боли возникают в разное время в зависимости от приема пищи. Принято различать ранние, поздние, ночные и голодные боли. Ранние боли появляются в течение первого часа после приема пищи и обычно характерны для ЯБЖ. Поздние, ночные и голодные боли возникают спустя 1,5-4 ч после еды. Эти боли обычно появляются у больных с ЯБДПК и обусловлены моторными нарушениями, гиперсекрецией желудочного сока и воспалительными изменениями слизистой двенадцатиперстной кишки.
- Изжога отмечается у 50% больных, которая возникает в результате нарушения секреторной и моторной деятельности желудка. Отрыжка при ЯБ бывает кислой, пустой или пищевой. Кислая отрыжка бывает при гиперсекреции желудочного сока.
- Тошнота при ЯБ встречается редко, может предшествовать рвоте.
- Рвота обычно возникает на высоте язвенных болей и может быть ранней и поздней, бывает обусловлена рефлекторным раздражением воспаленной СОЖ желудочным соком. Нередко после рвоты интенсивность болей уменьшается или они прекращаются совсем, что улучшает состояние больного.

Лабораторные исследования:

- 1) Общий анализ крови – возможна анемия (при явных или скрытых язвенных кровотечениях), лейкоцитоз и увеличение СОЭ при осложненных формах ЯБ (при пенетрации язвы, выраженном перивисцерите);
- 2) Анализ кала на скрытую кровь – положительная реакция указывает на гастродуоденальное кровотечение.

Инструментальные исследования:

- 1) ЭФГДС с прицельной биопсией

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- 1) УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы – при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы;
- 2) биохимические анализы крови (общий билирубин и его фракций, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкозы, амилазы) – при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы;

- Омепразол Ингибиторы протонной помпы 20 мг, 2 р/день 14 дней
- Пантопразол Ингибиторы протонной помпы 40 мг, 2 р/день 14 дней
- Левофлоксацин Фторхинолоны 500 мг, по 1 таб. 1 р/день 14 дней
- Амоксициллин Пенициллины 500 мг, по 2 таб. 2 р/день 14 дней

Этап первый — ингибиторы протонной помпы (ИПП, препараты для регулирования кислотности желудочного сока и подавления выработки соляной кислоты) в сочетании с антибактериальными средствами на основе действующего вещества кларитромицин и со средствами широкого спектра действия из группы полусинтетических пенициллинов. Этот этап продолжается в среднем 7 дней. Значительное влияние на успех терапии имеет доза и тип каждого конкретного препарата, они подбираются врачом индивидуально для каждого случая и только после всестороннего обследования. Если у пациента имеется непереносимость ИПП, назначаются сходные по воздействию блокаторы H₂-рецепторов гистамина. Однако в последние годы это средство стараются использовать все реже. Уже на этом этапе у 90% пациентов отмечается полное исчезновение болезнетворных бактерий.

Этап второй — необходим в том случае, если результаты первого этапа неудовлетворительны. На втором этапе лечения применяются те же ингибиторы протонной помпы в сочетании с антибактериальными средствами — препаратами из группы нитроимидазолов и тетрациклином, но теперь к ним добавляются и гастропротекторы, например, соединения висмута. Средства с действующим веществом трикалия дицитрата висмута обеспечивают комплексное лечение. Они создают особую пленку на внутренних стенках желудка, что облегчает болевой синдром. Кроме того, они снимают воспалительный процесс. Препараты трикалия дицитрата висмута стимулируют цитопротекторные механизмы, повышают устойчивость слизистой оболочки к вредным воздействиям, восстанавливают защитные функции желудка и могут предотвратить рецидивы болезни. Продолжительность второго этапа лечения обычно составляет 7 дней или более.

