

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

1. Определение хронического гастрита.

Хронический гастрит – это хроническое прогрессирующее воспалительно-дистрофическое дисрегенераторное поражение слизистого и подслизистого слоёв стенки желудка с вовлечением в процесс желудочных желёз, проявляющееся нарушением функций органа.

2. Этиология хронического гастрита.

По этиологии хронический гастрит подразделяют на:

- **первичный** – возникает от совокупности факторов риска – экзогенных и эндогенных.

Экзогенные факторы риска:

- Нарушение качества питания
- Нарушение ритма питания
- Нарушение процесса жевания
- Промышленные интоксикации
- Бытовые интоксикации (курение, алкоголь, наркотики)
- Стрессы
- Приём некоторых медикаментов (НПВС, ГКС, резерпин, сульфаниламиды)
- Микроорганизм *Helikobakter Pylori* – грамотрицательная микроаэрофильная бактерия изогнутой или спиралевидной формы с множеством жгутиков. Этот микроорганизм вырабатывает вещества, привлекающие лейкоциты, которые не уничтожают возбудителя, а вызывают повреждение слизистой оболочки желудка деструктивного характера с стимулируют секрецию гастрина G – клетками, что приводит к гиперсекреции соляной кислоты. Кроме того данная бактерия оказывает непосредственное повреждающее действие на эпителий слизистой оболочки желудка.

Эндогенные факторы риска:

- Наследственная предрасположенность
- Особенности желудочной секреции
- Нарушение выработки слизи
- Дефекты иммунной системы
- Особенности строения вегетативной нервной системы
- Заброс (рефлюкс) желчи из 12-ти перстной кишки в желудок
- Хронические заболевания, вызывающие гипоксию тканей (ДН, НК)

- Эндокринные заболевания, нарушение обмена веществ (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, болезнь Иценко-Кушинга)
 - Заболевания ЖКТ (панкреатиты, холециститы, гепатиты, цирроз печени, энтероколит)
- вторичный – возникает на фоне определённого внутреннего заболевания, независимо от наличия или отсутствия факторов риска (ХПН).

3. Классификация хронического гастрита.

- по локализации:
 - Фундальный
 - Пилорический (антральный)
 - Диффузный (тотальный) или пангастрит – поражение всех отделов желудка.
- по состоянию желудочной секреции:
 - С нормальным или повышенным уровнем желудочной секреции (норацидный или гиперацидный)
 - С пониженным уровнем желудочной секреции (гипоацидный). Его разновидность – анацидный (когда соляная кислота вообще не вырабатывается).
- по морфологии:
 - Поверхностный – поражение слизистого слоя желудка
 - Глубокий – поражение подслизистого слоя, но без атрофии
 - Атрофический – с атрофией желез желудка
 - Метапластический – часть участков атрофии заселяется тонкокишечным (полная метаплазия) или толстокишечным (неполная метаплазия) эпителием
 - Атрофически-гиперпластический – на фоне атрофии развиваются полипы

Международная классификация хронического гастрита (принята в Сиднее в 1990 г. и доработана в Хьюстоне в 1994 г.)

- Аутоиммунный гастрит (типа А) – по наследству передаётся выработка антител к тканям желудка, они поражают фундальный отдел органа, вызывая атрофию складок (с поражением слизистого и подслизистого слоёв). За счёт этого снижается кислотность (т.к. железы, вырабатывающие соляную кислоту расположены в основном в фундальном отделе). Кроме того, быстро развивается В12-дефицитная анемия.
- Бактериальный гастрит (типа В), вызывается *Helikobakter Pylori*, соответственно поражает антральный отдел. G – клетки раздражаются и выделяют большое количество гастрина, в ответ на это непоражённый фундальный отдел вырабатывает повышенное количество соляной кислоты, кислотность повышается, складки гипертрофируются.

Хеликобактерный гастрит составляет 85% случаев хронического гастрита.

- Химиотоксический гастрит (типа С), вызывается химическими веществами:
 - медикаментозный (НПВС, ГКС, резерпин)
 - рефлюкс-гастрит – при забросе желчи в желудок из 12-ти перстной кишки.

По международной классификации, необходимо также оценить, на основании гистологической картины степень воспаления, активности (по лейкоцитарной инфильтрации), атрофии, кишечной метаплазии и обсеменённости *Helikobakter Pylori*, а именно: отсутствует (норма), лёгкая, умеренная, тяжёлая.

Примеры диагнозов:

1. Хронический аутоиммунный фундальный гастрит с пониженной секреторной активностью в стадии ремиссии.
2. Хронический хеликобактерный антральный гастрит с повышенной секреторной активностью в стадии обострения.

При проведении морфологического исследования гастробиоптатов (что является обязательным по международным требованиям), их результаты указывают в диагнозе, например: умеренная обсеменённость Helikobakter Pylori, умеренная ативность, атрофия и метаплазия отсутствуют.

4. Клиническая картина хронического гастрита.

Клиническая картина хронического гастрита складывается из следующих клинических синдромов:

- ***Болевого*** (при гастрите с повышенной секреторной активностью)
- ***Дистензионного*** (при гастрите с пониженной секреторной активностью)
- ***Желудочной диспепсии***
- ***Кишечной диспепсии***
- ***Астено-невротического***

Клиника хронического гастрита с нормальной и повышенной секреторной активностью (чаще встречается в молодом возрасте).

- Болевой синдром – ведущий. Проявляется не очень интенсивными разлитыми болями в эпигастральной области без иррадиации. Боли вызваны воздействием избыточного количества соляной кислоты, поэтому возникают натощак (голодные боли) или через 2-3 часа после еды (поздние боли), когда пища уходит из желудка в 12-ти перстную кишку. Приём пищи боли уменьшает. Ночных болей нет. При

пальпации – разлитая болезненность в эпигастрии без мышечной защиты и без симптома Менделя.

- Желудочная диспепсия – связана с гиперпродукцией соляной кислоты, поэтому может быть названа синдромом ацидизма. Проявляется изжогой, отрыжкой кислым (приносит облегчение), повышенным аппетитом, тошнотой, иногда рвотой кислым, возникающей на фоне тошноты (приносит облегчение).
- Кишечная диспепсия – склонность к запорам.
- Астено-невротический синдром – эмоциональная лабильность, возбудимость, ваготония (склонность к гипотонии, брадикардии, экстрасистолии, повышенная потливость, красный демографизм).
- При рентгенологических и эндоскопических исследованиях – повышенное содержание жидкости в желудке натощак, гипертрофия складок, спазм привратника и усиление моторики желудка.

Клиника хронического гастрита с пониженной секреторной активностью.

- Дистензионный синдром (многие называют его болевым синдромом, однако патогенетически это неверно!) – выражен слабо. Проявляется неинтенсивными разлитыми болями в эпигастрии, без иррадиации. Боли вызваны раздражением истончённой слизистой желудка пищей, поэтому возникают после еды (ранние боли), которые проходят самостоятельно через 2-3 часа или после рвоты. При пальпации отмечается разлитая болезненность в эпигастрии без мышечной защиты и без симптома Менделя.
- Желудочная диспепсия – ведущий синдром. Снижение аппетита, вздутие, распирание и урчание в эпигастрии, чувство быстрого насыщения и переполнения желудка. Отрыжка воздухом и пищей (приносит облегчение, тошнота на фоне которой может возникнуть рвота пищей (приносит облегчение)).
- Кишечная диспепсия – поносы, приводящие к похуданию, снижению мышечной массы, уменьшению содержания в крови белков, жиров и углеводов, полигиповитаминозу, развитием В12-дефицитной анемии.
- Астено-невротический синдром – слабость, утомляемость, раздражительность, недоверчивость, мнительность, нарушение сна, снижение настроения и работоспособности, дисфория (тоскливо-злое настроение).
- При рентгенологических и эндоскопических исследованиях – небольшое количество жидкости в желудке натощак, атрофия складок, привратник открыт, перистальтика вялая.

5. Диагностика хронического гастрита.

Все исследования желудка проводятся натошак!

- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) – в настоящее время является главным методом исследования! При ЭГДС обязательно берётся биопсия с целью диагностики наличия *Helikobakter Pylori*, определения морфологической формы, диф. диагностики с раком
- Исследование желудочной секреции методом желудочного зондирования- сначала берут 4 порции натошак через каждые 15 минут – базальная секреция, затем вводится стимулятор секреции (гистамин, инсулин) и вновь извлекают 4 порции с интервалом 15 минут – стимулированная секреция. Исследование занимает 2 часа. В каждой порции измеряют количество (объём), кислотность, а затем определяют дебит в час соляной кислоты отдельно для базальной и стимулированной секреции.
- Исследование желудочной секреции с помощью внутрижелудочной РН-метрии – вводят зонд в желудок и в течение 45 минут регистрируют базальный уровень секреции, затем проводят стимуляцию и опять записывают РН в течение 45 минут.
- Рентгеноскопия и рентгенография желудка – после перорального введения больному контрастного вещества – бария.

6. Лечение хронического гастрита.

Диета

В период обострения – стол №1 (химическое, термическое, механическое щажение слизистой желудка). При гипоацидном гастрите не дают молоко (усиливает диарею), кроме того, при этом типе гастрита можно назначить стол №4 с повышенным содержанием белка или стол №2, предусматривающий механическое щажение при наличии химических раздражителей.

Постоянно – частое, дробное питание 6-8 раз в день небольшими порциями

Режим

Желательно соблюдать режим труда и отдыха, избегать стрессов, бросить курить, необходим полноценный сон.

Медикаментозная терапия

При гиперацидном гастрите:

- Антациды – для связывания соляной кислоты (альмагель, викалин)

- Различные блокаторы секреции соляной кислоты – блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (ранитидин), холинолитики (атропин, платифиллин)
- Для уничтожения *Helikobacter Pylori* – эрадикация – трихопол, антибиотики (амоксициллин, тетрациклин, кларитромицин, метронидазол), фуразолидон
- Седативные средства
- Для прижигания эрозий моно использовать раствор нитрата серебра по 1 ч.л. за 15 мин до еды 3 раза в день

При гипоацидном гастрите:

- Заместительная терапия – ферментные препараты (фестал, мезм, панзинорм)
- Спазмолитики – но-шпа, платифиллин; прокинетики – церукал, координакс, мотилиум
- Вяжущие противовоспалительные средства плантоглоцид
- Для улучшения репаративных процессов – поливитамины, анаболики (нерабол), масло облепихи
- Парентерально – витамин B₁₂