

- **Острый гастрит** - острое воспалительно-дистрофическое заболевание желудка, вызванное разовым воздействием сильных раздражителей (химических, механических, термических, бактериальных), вызывающих повреждение слизистой оболочки желудка.

Воспаление может затрагивать всю слизистую желудка (пангастрит) или ее часть (например, антральный гастрит).

Острый гастрит может возникать и на фоне других общих заболеваний, часто при острых инфекциях или нарушениях обмена веществ.

Острые гастриты всегда начинаются внезапно и иногда протекают тяжело.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Единая классификация отсутствует.

I. В зависимости от характера повреждения слизистой оболочки желудка рассматривают следующие типы острого гастрита:

1. Геморрагический (см. [Острый геморрагический гастрит](#) - K29.0).

2. Катаральный (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.

3. Фибринозный (дифтеритический гастрит) возникает при отравлении кислотами, сулемой (хлорид ртути) или при тяжелых инфекционных заболеваниях. Острый фибринозный гастрит характеризуется дифтеритическим воспалением слизистой оболочки желудка.

4. Коррозивный (некротический гастрит, токсико-химический гастрит) развивается из-за попадания в желудок концентрированных кислот или щелочей, солей тяжелых металлов. Для коррозийного гастрита характерны некротические изменения тканей желудка.

5. Флегмонозный появляется в результате травм, осложнений после язвенной болезни или рака желудка, некоторых инфекционных болезней. Характеризуется гнойным расплавлением стенки желудка и распространением гноя по подслизистому слою.

II. Наиболее приемлемая клиническая классификация острых гастритов, по мнению практикующих специалистов, следующая:

1. Эрозивный гастрит:

- поверхностный эрозивный гастрит;
- глубокий эрозивный гастрит; - геморрагический эрозивный гастрит;

2. Неэрозивный гастрит (основная причина - инфекция *H. pylori*).

3. Флегмонозный гастрит.

III. У детей классификация включает следующие виды острого гастрита:

1. Острый простой первичный (экзогенный) гастрит:

- алиментарный; - токсико-инфекционный.

2. Острый простой вторичный (эндогенный) гастрит, осложняющий тяжелые инфекционные и соматические заболевания.

3. Острый коррозивный гастрит, возникающий при попадании в желудок концентрированных кислот, щелочей и других едких веществ. 4. Острый флегмонозный гастрит (флегмона желудка).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины развития острого гастрита

1. Бактериальная инфекция.

H. pylori (хеликобактериоз) - наиболее частая причина острого гастрита. При *H. pylori*-ассоциированном гастрите поражение обычно начинается с антрального отдела, вызывая в нем интенсивную воспалительную реакцию. Далее возможно распространение инфекции на все отделы желудка. Под влиянием различных токсинов и ферментов в слизистой оболочке развивается воспалительная реакция. Хеликобактерная инфекция является также основной причиной возникновения язвенной болезни и рака желудка.

Инфекция *H. heilmanii*. В качестве причины острого гастрита встречается редко; распространенность составляет 0.25-1.5%. Источником инфекции могут быть животные.

- 1.3 Бактерии, вызывающие флегмонозный гастрит: стрептококки, стафилококки, *Proteus species*, *Clostridium species*, и *Escherichia coli*. Факторы риска флегмонозного острого гастрита включают: злоупотребление алкоголем, сопутствующую инфекцию верхних дыхательных путей, СПИД. При этом инфекционное воспаление локализуется преимущественно в более глубоких слоях желудка (подслизистом и мышечном). В результате заболевания развивается гнойный процесс, который может привести к гангрене.
- 1.4 Туберкулез - редкая причина возникновения острого гастрита, чаще встречается среди иммунокомпрометированных больных. Наблюдается обычно при туберкулезе легких или диссеминированном процессе.

- 1.5 Сифилис - редкая особая форма гастрита, которая может наблюдаться при вторичном сифилисе.

1.6 Вирусная инфекция: цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). Является наиболее частой из вирусных причин гастритов. Обычно встречается среди иммунокомпрометированных больных (при злокачественных новообразованиях, иммуносупрессии, ВИЧ-инфекции). Поражение желудка может быть как локальным, так и диффузным.

1.7 Грибковая инфекция: кандидоз, гистоплазмоз, фикомикоз. Предрасполагающим фактором является иммуносупрессия.

1.8 Паразитарные инфекции: анизакиаз. Редкая причина гастритов, возникает при употреблении в пищу блюд из сырой рыбы (суши).

- **2. Воздействие лекарственных средств и других химических веществ.**

2.1 НПВП - как правило, вызывают острый эрозивный гастрит (см. [Острый геморрагический гастрит](#) - K29.0), который может возникать как при оральном, так и при системном назначении НПВП. Под влиянием данных препаратов происходит нарушение синтеза простагландинов, приводящее к повреждению слизистой оболочки.

- 2.2 Дигоксин, антибиотики, сульфаниламиды, глюкокортикоиды и другие препараты.

2.3 Кокаин.

2.4 Злоупотребление алкоголем.

3. Острый стресс (гиповолемический шок, сепсис, печеночная, почечная и дыхательная недостаточность). См. также - "Острый геморрагический гастрит" - K29.0.

4. Радиация.5. Пищевая аллергия

6. Пищевое отравление.7. Травмирование (например, при установке назогастрального зонда).

-

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

- гипертермия, диспепсия, тошнота, рвота, боли в эпигастрии
- Клиническая картина острого гастрита зависит от его формы и этиологии.

Острый экзогенный гастрит алиментарного происхождения

Первые симптомы появляются через 6-12 часов после диетической погрешности. У больных появляются беспокойство, общее недомогание, тошнота, неприятный горький вкус во рту, повышенное слюноотделение (у детей), чувство переполнения в эпигастральной области, ухудшается аппетит.

Возможно возникновение озноба, который сменяется субфебрильной лихорадкой. В остром периоде заболевания отмечается отвращение к еде, многих больных беспокоят острые схваткообразные боли в животе (гастроспазм), головная боль, головокружение, общая слабость.

- В дальнейшем боли в животе становятся более сильными, возникает многократная рвота, возможно с остатками пищи, съеденной 4-6 часов назад, с примесью слизи, изредка желчи, в отдельных случаях наблюдается рвота с прожилками крови. Рвота, как правило, сопровождается бледностью кожных покровов, повышенным потоотделением, резкой слабостью, снижением артериального давления. Возможна диарея.

При осмотре пациента отмечаются такие симптомы, как обложенность языка бело-желтым налетом, бледность кожи, метеоризм, слюноотделение или выраженная сухость во рту, частый пульс, пониженное артериальное давление.

При пальпации живота больные ощущают болезненность в эпигастральной области.

В начале острого гастрита наблюдается гиперсекреция (секреция и кислотность желудочного сока повышены), которая позже сменяется угнетением функций желудочных желез. Резко замедлена двигательная и эвакуаторная активность желудка вследствие его гипотонии, атонии, спазма привратника.

-

- **Инструментальная диагностика**

Эндоскопия - позволяет обнаружить отек и гиперемия слизистой оболочки, а также эрозии и внутрислизистые кровоизлияния. При выраженном отеке слизистой оболочки может определяться обструкция в области привратника желудка. Иногда обнаруживается изъязвление и кровотечение слизистой оболочки желудка. В случае анизакиаза возможно обнаружение гельминтов в желудке.

- Для постановки диагноза острого гастрита и определения его этиологии необходимо проведение **биопсии**. Рекомендуется проводить множественные биопсии для получения оптимальной информации. Должно быть не менее пяти биопсий: по две из антрального отдела (2-3 см от привратника по большой и малой кривизне), по две из тела желудка (по большой и малой кривизне примерно в 8 см от кардии) и по одной из угла желудка. Биоптаты из тела желудка важны для контроля за лечением. Значение биоптатов, взятых из угла желудка, определяется тем, что здесь чаще развиваются предраковые изменения.
- **Компьютерная томография** и обзорная **рентгенография** органов брюшной полости позволяют обнаружить утолщение стенки желудка при флегмонозном гастрите.
Рентгенография желудка с бариевой взвесью

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **Обязательные исследования:**
 - ОАК;
 - биохимический анализ крови;
 - исследование кала на скрытую кровь;
 - бактериологическое и токсикологическое исследование рвотных масс, кала, остатков употреблявшейся пищи, копрологическое исследование;
 - неинвазивные методы диагностики *H. pylori*.

ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение острого гастрита, в первую очередь, должно быть направлено на терапию состояний, вызвавших развитие острого гастрита. При *H. pylori* инфекции проводят специфическую антихеликобактерную терапию. В случае гастрита, вызванного приемом определенных лекарственных средств, эти препараты отменяют. Необходим отказ от приема алкоголя и курения.

- **Цели лечения:** по возможности устранение причины, вызвавшей гастрит, и предотвращение развития осложнений.

- **Методы лечения**

- **Диетотерапия** - полное голодание 12-24 ч, диета №0 первые 4 дня, далее диета № 1 не менее 6-10 дней

- **Медикаментозное лечение**

- **1. Неспецифическое медикаментозное лечение:**

- 1.1 Антисекреторные средства:

- - блокаторы H₂-рецепторов гистамина;

- - ингибиторы протонной помпы (ИПП).

- 1.2 Антациды.

- 1.3 Гастропротективные препараты (препараты висмута).

-

- **2. Специфическое лечение, применяемое при острых гастритах различной этиологии и форм:**

- 2.1 При гастрите, вызванном H.pylori-инфекцией, проводится лечение направленное на эрадикацию хеликобактериоза.
- 2.2 При туберкулезном гастрите применяют специальные режимы химиотерапии противотуберкулезными препаратами.
- 2.3 При цитомегаловирусном гастрите противовирусная терапия малоэффективна (несмотря на то, что был показан вирусостатический эффект двух препаратов - ганцикловира и фоскарнета).
- 2.4 При кандидозном гастрите используют широкий спектр противогрибковых лекарственных средств, включающих клотримазол, итраконазол (орунгал), флуконазол (дифлюкан, дифлюзон, микосист), амфотерицин В и кетоконазол (низорал).
- 2.5 В случае гистоплазмоза используют амфотерицин В, итраконазол и флуконазол.
- 2.6 Препаратов для лечения анизакидоза на данный момент нет. В данном случае прибегают к эндоскопическому удалению гельминта из желудка.

- **3. Симптоматическая терапия:**

- 3.1 Анальгетики применяются крайне редко, т.к. болевой синдром, как правило, не выражен. Предпочтение отдается наркотическим анальгетикам, вводимым парентерально в небольших дозах, однократно. НПВС внутрь с целью анальгезии не применяются.
- 3.2 Спазмолитики. При болевом синдроме обычно назначают атропин, платифиллин, иногда папаверина гидрохлорид.
- 3.3 При рвоте назначают прокинетики - метоклопрамид (церукал), домперидон (мотилиум).
- 3.4 Инфузионная терапия - применяется с целью коррекции гомеостаза.

- **Хирургическое лечение**

- **ПРОФИЛАКТИКА**

Профилактика развития острого гастрита заключается в предотвращении или своевременном устранении этиологических причин гастрита (незлоупотребление алкоголем, отказ от курения, осторожное применение НПВП, адекватное лечение туберкулеза и сифилиса).

- Вторичная профилактика направлена на предотвращение развития осложнений.

- **Эзофагит** - заболевание пищевода, сопровождающееся воспалением его слизистой оболочки вследствие различных причин
- **. КЛАССИФИКАЦИЯ**
-

При классификации эзофагита выделяют следующие виды заболевания:

А. Клинические формы эзофагита

1. Острый эзофагит – воспаление стенки пищевода, проявляющееся болями, наиболее выраженными при прохождении пищи. В основной массе случаев он протекает в сочетании с болезнями желудка (ГЭРБ) или регургитацией и поражает обычно нижнюю часть пищевода. Возникновению заболевания способствуют нарушения питания, ожоги, химические вещества, обширная инфекция, полигиповитаминоз. Продолжительность острого эзофагита - до 3 месяцев.

Согласно известной классификации Н.Вasset (1980), различают 4 стадии острого эзофагита:

- **I** - отек и гиперемия слизистой оболочки пищевода;
- **II** - одиночные эрозии на фоне отека и гиперемии;
- **III** - выраженный отек и гиперемия слизистой оболочки пищевода, очаги эрозий и кровоточащей слизистой оболочки;
- **IV** - слизистая оболочка пищевода кровоточит при малейшем прикосновении эндоскопа.

2. Хронический эзофагит – хроническое воспаление стенки пищевода. Заболевание может развиваться при недостаточно вылеченном остром эзофагите или как первично-хронический процесс. Хронический эзофагит может также возникать при длительном приеме слишком грубой или острой пищи, крепких алкогольных напитков. Течение хронического эзофагита характеризуется периодическими обострениями и ремиссиями. При позднем начале лечения и неуклонно прогрессирующем эзофагите, могут образовываться рубцовые изменения пищевода.

- **По выраженности поражения стенки** хронический эзофагит делят на 4 степени согласно классификации Савари и Миллера (классификация эндоскопических признаков хронического эзофагита):
 - **I** - гиперемия без эрозивных дефектов в дистальных отделах;
 - **II** - разрозненные мелкие эрозивные дефекты слизистой;
 - **III** - эрозии слизистой сливаются друг с другом;
 - **IV** - язвенное поражение слизистой, стеноз.

3. Особые формы:

3.1 Идиопатический язвенный (ульцерозный) эзофагит (имеет некоторые общие морфологические черты с неспецифическим язвенным колитом) см. К22.1 Язва пищевода.

3.2 Неспецифический регионарный стенозирующий эзофагит (гранулематоз пищевода) - особая форма хронического эзофагита, для которой характерны трансмуральное неспецифическое гранулематозное воспаление пищевода, утолщение его стенки и почти полная облитерация просвета. Поражение пищевода при этом напоминает болезнь Крона, но в отличие от последней, в клеточном составе гранулёмы отсутствуют эозинофилы и гигантские клетки. Этиология заболевания неизвестна. Заболевание развивается преимущественно у молодых лиц (до 25-30 лет) одинаково часто у женщин и мужчин. Начало заболевания постепенное.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Основные причины

- Желудочно-пищеводный рефлюкс является основной причиной возникновения эзофагита. Он приводит к повреждению слизистой пищевода вследствие воздействия кислотно-пептического фактора. Эзофагит, вызванный рефлюксом, называется рефлюкс-эзофагитом

Эзофагит может быть вызван химическим ожогом щелочью или кислотой, растворителем (бензин, ацетон), сильным окислителем типа перманганата калия. Такой эзофагит обычно регистрируется у детей в результате случайной пробы, также наблюдается у взрослых после попытки суицида с применением щелочи, кислоты, растворителя или окислителя ("Химический ожог пищевода" - Т28.6).

- **ФАКТОРЫ И ГРУППЫ РИСКА**

-

- погрешности питания;
- употребление недостаточного количества воды при проглатывании таблеток;
- прием некоторых лекарственных препаратов;
- прием алкоголя;
- курение;
- семейная (генетическая) предрасположенность к аллергии;
- недостаточность иммунитета;
- вредная профессиональная среда.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

- боль при глотании, дисфагия, одинофагия, кровавая рвота, рвота кофейной гущей, мелена, саливация, боль за грудиной, боль в эпигастрии, изжога, регургитация
 - **Симптомы эзофагита:** затруднения и/или болезненные ощущения при глотании, изжога, боли во рту, ощущение чего-то застрявшего в горле, тошнота, рвота.
При остром эзофагите возможно повышение температуры тела, наблюдается общее недомогание, возникают неприятные ощущения по ходу пищевода во время продвижения пищи, может беспокоить жжение, иногда резкая боль в пищеводе. Больные могут жаловаться на боль в области шеи, отрыжку, нарушенное глотание, слюнотечение.
 - Острый катаральный эзофагит проявляется болью при глотании (одинофагией), дисфагией, болями за грудиной, отказом от приема пищи.
При геморрагическом варианте острого эзофагита возможно появление кровавой рвоты, мелены. При псевдомембранозном эзофагите в рвотных массах обнаруживают пленки фибрина.
Хронический эзофагит сопровождается болями за грудиной и в подложечной области, зачастую он сочетается с гастритом или дуоденитом, что обуславливает разнообразную клиническую картину. Больные жалуются на чувство саднения за грудиной непосредственно после проглатывания пищи; могут появляться и болезненные ощущения, не зависящие от приема пищи (во время бега, при прыжках, ношении тесных предметов одежды или форсированном дыхании). Иногда боли возникают при лежании на спине, они могут проявляться в виде приступов и отдавать в шею, спину или в область сердца. В основной массе случаев наблюдаются отрыжка воздухом или с примесью желудочного содержимого после еды и физической нагрузки, жалобы на изжогу, в особенности вечером и ночью; возможны также тошнота, рвота, икота, слюнотечение, затрудненное дыхание. Икота обычно начинается после отрыжки и продолжается длительное время.
- У детей**
- У грудных детей при остром эзофагите отмечаются выраженная саливация, затруднения во время еды, отказ от еды, регургитация. При поражении гортани появляются осиплый голос, одышка, стенотическое дыхание. При хроническом эзофагите наблюдается отставание в весе.

ДИАГНОСТИКА

Инструментальная диагностика:

- рентгенологическое исследование;
- эзофагоскопия;
- эзофагоманометрия (фиксирует различные по характеру нарушения моторики пищевода);
- мониторная рН-метрия пищевода;
- эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Обязательные исследования:

- общий анализ крови с определением ретикулоцитов, тромбоцитов;
- общий анализ мочи.

Дополнительные исследования: биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, С-реактивный белок, сиаловые кислоты, глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, амилаза, ЩФ, мочевины, креатинин, электролиты).

При остром эзофагите: бактериологический анализ мазков со стенок пищевода, ПЦР с биоптатами слизистой оболочки пищевода для этиологической верификации острого эзофагита.

ЛЕЧЕНИЕ

- Больным с неосложненным течением заболевания показано приведенное ниже **консервативное лечение** эзофагита.

- **1. Медикаментозная терапия:**

- - прием антацидов;
- - антисекреторные препараты;
- - прокинетики;
- - анальгетики, седативные средства;
- - при подтверждении соответствующей этиологии назначаются антибактериальные, противовирусные, противогрибковые, противотуберкулезные средства.

- **2. Немедикаментозные методы. Общие рекомендации:**

- - после принятия пищи избегать наклонов вперед, не ложиться в течение 1,5 часов;
- - спать с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати;
- - не носить тесную одежду и тугие пояса;
- - ограничить потребление продуктов, которые агрессивно действуют на слизистую оболочку пищевода (жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые);
- - селективная диета при эозинофильном эзофагите;
- - отказаться от курения.

- **У детей**

В острый период ребенка следует кормить жидкой охлажденной пищей, затем диета постепенно расширяется. В случае отказа ребенка от еды, проводят парентеральное питание.

- Частота наблюдения пациента при наличии повреждённой слизистой оболочки пищевода будет 4 раза в год, после чего 2 раза в год. При ГЭРБ без эзофагита наблюдение педиатром осуществляется 1 раз в полгода.
- Требуются осмотры врачей:
- детский гастроэнтеролог 1 раз в полгода;
- по показаниям консультации стоматолога, пульмонолога, аллерголога, оториноларинголога, если имеется внепищеводная симптоматика;
- консультация врача-хирурга при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
- ость госпитализации зависит от этиологии процесса и тяжести состояния пациента.
- Кратность осмотров гастроэнтеролога педиатра : В первый год после острого периода 1- раз в 3 мес. На второй год 1- раз 6 мес. В дальнейшем 1 раз в 6-12 мес.

