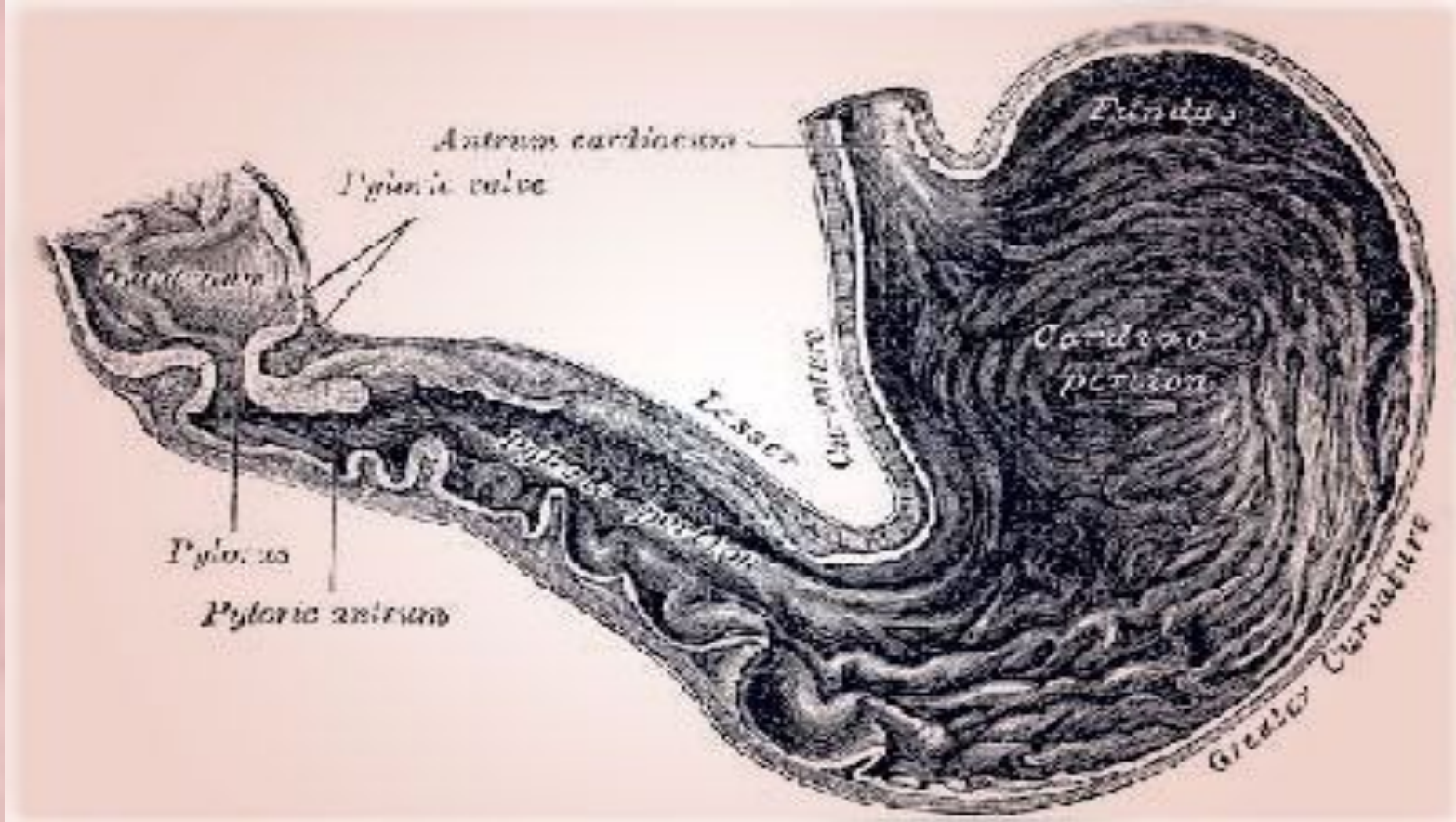




ЛЕКЦИЯ

«Гастриты»



Желудок – это полый мешок объемом всего 80 мл. Когда в него поступает пища, он может увеличиться в 50 раз до 4 литров. Внутренний слой стенки желудка, который контактирует с пищей, называется слизистой оболочкой. Толщина ее составляет всего 0,5 - 2,5 мм. Для увеличения площади соприкосновения слизистая оболочка образует многочисленные складки.



Острый гастрит – остро возникающее полиэтиологическое воспалительное заболевание желудка, в основе возникновения которого рассматриваются различные причины (чаще всего термические, химические, аллергические, механические и инфекционные).

Классификация гастритов

I. По этиологическим факторам гастриты принято делить на :

1) **Экзогенные** – к этому может приводить нерегулярное питание, быстрый прием пищи и ее плохое пережевывание, употребление горячей, грубой, трудноперевариваемой пищи, а также острых приправ, специй, алкоголь, курение, действие химических веществ и длительный прием лекарственных препаратов (салицилаты, сульфаниламиды, преднизолон, некоторые антибиотики, противотуберкулезные средства и др.).



2) **Эндогенные гастриты** связаны с теми или иными заболеваниями внутренних органов брюшной полости и подверженностью желудка различным влияниям внешней среды.

ФОРМЫ ГАСТРИТА

Острый простой (катаральный) гастрит:

основными причинами которого являются следующие факторы: алиментарные, медикаментозные, аллергические, инфекционные или гематогенные, приводящие к быстрому повреждению слизистой оболочки желудка.



Клиническая картина весьма полиморфна – от остро возникающих проявлений хронического гастрита до постепенно нарастающих в своей интенсивности и продолжительности действия. Больных беспокоят рвота, боли в эпигастральной области (чаще постоянные), тошнота, так и общие симптомы (сильная головная боль, нередко головокружение и повышение температуры тела, слабость, адинамия, тахикардия, гипотония). При постепенно нарастающих проявлениях острого катарального гастрита отмечаются нарушение вкуса, возникновение тяжести и/или болей в эпигастральной области, тошноты и отрыжки, повышение температуры тела, позднее возникновение рвоты и жидкого стула, появления чувства жажды.

Лечение

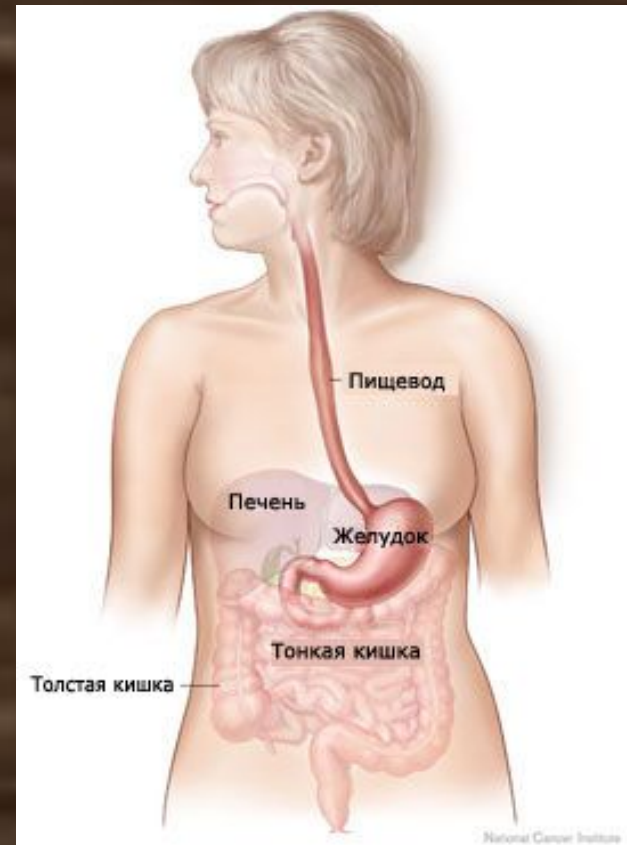
.Промывание желудка и кишечника.

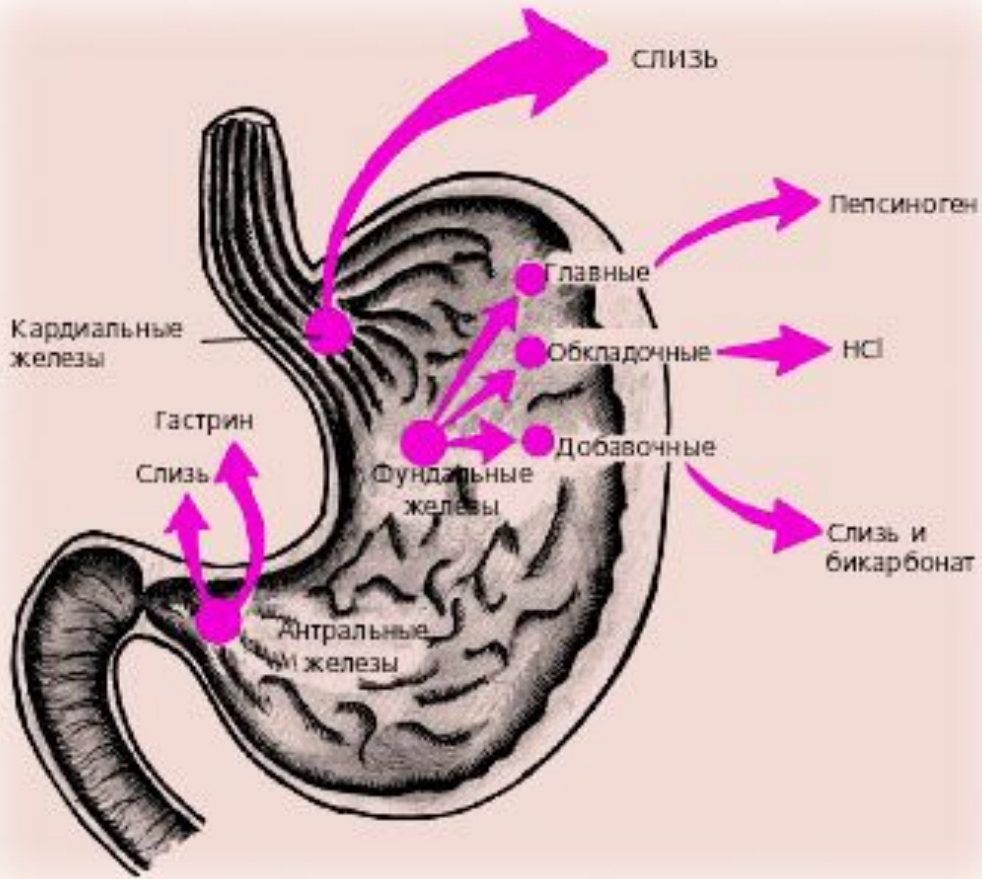
- 2. (при подозрении на инфекционное поражение) показано лечение антибиотиками: ко-тримоксазол 480 по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 10 дней, левомицетин по 0,5 г 4 раза в сутки в течение 5–7 дней, тетрациклин по 250–500 мг 4 раза в сутки в течение 5–7 дней.**
- 3. Адсорбирующие препараты: активированный уголь, антацидные препараты (*алмагель нео, гидроталцит*, маалокс и др.), обычно их назначают через 1–1,5 ч после приема пищи 3–5 раз в сутки или при появлении болей и/или изжоги.**
- 4. При болях в эпигастральной области платифиллина гидротартата по 1 мл 0,2% раствора, папаверина гидрохлорида по 1 мл 2% раствора.**
- 5. При обезвоживании больного необходимо внутривенное введение физиологического раствора и 5% раствора глюкозы.**
- 6. Соблюдение диеты.**

Хронический гастрит

- хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, сопровождающееся развитием различных специфических морфологических изменений.

Чтобы понять, чем можно помочь желудку при хроническом гастрите, рассмотрим несколько фактов из анатомии и физиологии желудка.



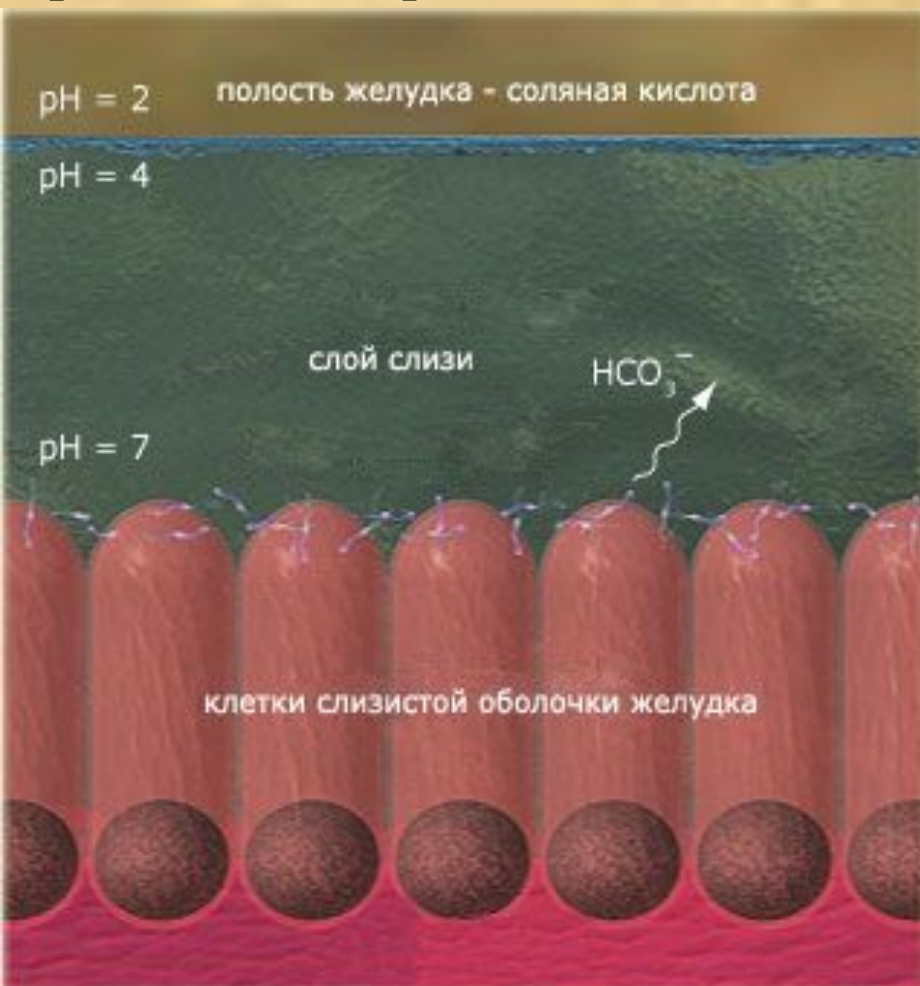


Сложно скоординированные движения и сокращения стенки желудка измельчают твердые компоненты пищи до частичек размером менее 0,25 мм.

Когда мы едим наспех и заглатываем пищу недостаточно прожеванной, перетирает все это слизистая оболочка желудка.

В сутки железы слизистой оболочки выделяют 2-3 литра желудочного сока. Он содержит прежде всего соляную кислоту и фермент пепсиноген. Пепсиноген под влиянием соляной кислоты в полости желудка превращается в активную форму – пепсин.

Вдумайтесь: в год через желудок проходит около полутонны разнообразной пищи. Продукты питания отнюдь не стерильны. Вместе с ними поступает огромное количество микробов, вирусов, паразитов, токсинов и аллергенов. Благодаря сверхагрессивной среде в желудке пища под влиянием соляной кислоты обеззараживается, а в результате действия фермента пепсина крупные и прочные белковые молекулы животного и растительного происхождения расщепляются на мелкие фрагменты.



Благодаря защитному слою слизи имеет место следующая ситуация: **в полости желудка среда резко кислая (рН составляет 2,0), а под слизью, которой укутаны клетки, среда нейтральная (рН составляет 7,0).** При нарушении защитного барьера слизистая оболочка под действием соляной кислоты и пепсина повреждается. Клетки слизистой оболочки гибнут, в стенке желудка развивается хроническое воспаление (хронический гастрит).



**Слизистая оболочка желудка
при хроническом гастрите**

Нарушению защитных свойств слизистой оболочки и развитию гастрита способствуют грубая и острая пища, курение, прием алкоголя, нестероидные противовоспалительные препараты (типа аспирина, индометацина), желчные кислоты, попадающие в желудок из кишечника.



Одним из самых главных и распространенных агрессивных факторов является бактерия *Helibacter pylori*, - способная выжить в кислой среде желудка. Поэтому очень много людей (по различным оценкам от 20 до 50% взрослого населения) страдают хроническими гастритами.

Helicobacter pylori

Во второй половине XX века был выявлен ранее неизвестный фактор, которому сегодня отводят одно из первых мест в этиологии хронического гастрита.

Helicobacter pylori — спиралевидная грамотрицательная бактерия, которая инфицирует различные области желудка и двенадцатиперстной кишки.

Успешный опыт с самозаражением одного из первооткрывателей роли *Helicobacter pylori* в развитии болезней желудка и двенадцатиперстной кишки — Барри Маршалла и группы добровольцев послужил убедительным доказательством этой теории. В 2005 году Барри Маршалл и его коллега Робин Уоррен за своё открытие были удостоены Нобелевской премии по медицине.

Однако у большинства (до 90 %) инфицированных носителей *Helicobacter pylori* не обнаруживаются никаких симптомов заболеваний. Не каждый хронический гастрит в своей основе имеет бактериальную причину.



выделяет три основных типа хронических гастритов:

- тип А** – аутоиммунный хронический гастрит;
- тип В** - гелибактерный хронический гастрит;
- тип С** - хронический гастрит: рефлюкс-гастрит.

Однако все типы гастритов объединяет одно - это
хроническое воспаление желудка, вызывающее
атрофию слизистой оболочки и постепенное
угасание ее работы.

Клиническая картина хронических гастритов

Заболевание длительное время может протекать незаметно, поэтому обычно трудно точно установить время его начала. Независимо от формы хронического гастрита клиническая картина всех его разновидностей имеет общие черты.

жалобы больного на:

-нарушение аппетита,

- отрыжку воздухом или тухлым яйцом,

- изжогу,

- тошноту,

- рвоту,

- чувство жжения, переполнения

- и боли в подложечной области, связанное с приемом пищи;

- поносы или запоры,

- вздутие живота и его урчание,

- иногда тенезмы (болезненные, ложные позывы на дефекацию).

Хронический гастрит с секреторной недостаточностью

- У таких больных на первый план выступают диспепсические явления:**
- беспокоит отрыжка воздухом или тухлым яйцом**
 - тошнота и тяжесть в эпигастральной области**
 - боль не является характерным симптомом. Иногда через 1/2 - 1 час после еды возникают несильные ноющие боли, зависящие от количества и качества принятой пищи (острая, пряная, консервированная и пр.)**
 - аппетит понижен, вплоть до анорексии. Часто беспокоят глоссит и гингивит**
 - больные ощущают неприятный вкус во рту**

Хронический гастрит с нормальной и повышенной секрецией

Проявляется в двух формах:

- а) диспепсической;**
- б) болевой (антральный гастрит).**

Характерные симптомы диспепсической формы: изжога, кислая отрыжка, срыгивание кислым, чувство тяжести, жжения и распирания в эпигастральной области, запоры. Аппетит сохранен или повышен. При этой форме заболевания боли возникают после еды и снимаются приемом двууглекислого натрия. Диспепсические явления часто появляются после приема жирной, углеводистой пищи, а также алкогольных напитков.

Болевая форма заболевания (антральный гастрит) характеризуется выраженным болевым синдромом, чередующимся с диспепсическими явлениями. Больного беспокоят умеренно выраженные поздние и голодные, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, возникающие через 2-3 часа после еды, а также ночные и утренние боли. Болевой синдром уменьшается после приема пищи. Боли не имеют выраженной иррадиации.

Лечение хронического гастрита

Лечение хронического гастрита производят амбулаторное, курс лечения, включая диагностику, рассчитан на 14 дней.

Лечение включает соблюдение специальных диет:

- При секреторной недостаточности рекомендуется диета № 2, которая оказывает благоприятное сокогонное действие.**
- При сохраненной и повышенной секреции рекомендуется диета № 1,**
- При обострении – диета № 1б (содержание диет можно найти в специальном разделе, посвященном именно этой теме).**

1. Натуральный желудочный сок (НСI) и ацедин-пепсин. Первый назначается при секреторной недостаточности. Принимать НСI во время еды по 1 столовой ложке.
2. Ферментативные препараты – панкреатин, холензим, фестал, мексаза, панзинорм и т. п.
3. Спазмолитики. При гиперсекреции назначаются такие холинолитики, как метацин, платифиллин и атропин, а также миотропные средства – ношпа, папаверин и галидор.
4. Антациды. Назначаются при повышенной секреции и полородуодените. Смесь Бурже растворить в 500 мл воды и пить в течение дня за 1–2 часа до еды. Альмагель, викалин и викаир принимать через 1–2,5 часа после приема пищи по 1–2 столовые ложки.
5. Горечи. Их назначают для улучшения аппетита при пониженной секреторной активности. К данного рода лекарственным средствам относятся гранатовый сок, аппетитный чай, настой корня одуванчика.
6. Противовоспалительные средства. Наиболее эффективным является Де-Нол.
7. Средства, улучшающие регенерацию. К ним относятся витамины, нерабол, метацил, пентоксил и ретаболил. Рекомендуется также облепиховое масло, которое необходимо принимать по 1 чайной ложке 3 раза в день.
8. Глюкокортикоиды. Назначаются при пернициозной анемии.
9. Антибактериальные средства. К ним относятся метанидазол, амоксициллин, а также препараты налидиксовой кислоты.

Помимо лекарственных средств, при лечении хронического гастрита применяется физиотерапия, но с максимальной осторожностью. При малейшем подозрении на малигнизацию данный вид терапии исключается.