



ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

Подготовила:
студентка 4 курса 5 группы
Шумилина Е.А.

Хронический гастрит - это хроническое заболевание, характеризующееся изменением слизистой оболочки желудка и сопровождающееся различными нарушениями его основных функций.

Хроническим гастритом страдает 50-80% всего взрослого населения, с возрастом заболеваемость гастритом увеличивается.



Классификация

В 1973 г. R.g. Strickland и J.R. Mackay предложили классификацию, получившую широкое распространение:

- ❖ **гастрит типа А** (аутоиммунный), характеризующийся наличием антител к париетальным клеткам, высоким уровнем гастрина в крови и преимущественным поражением тела желудка;
- ❖ **гастрит типа В** развивающийся в результате инфицирования слизистой Нр и бактериального воспаления преимущественно антрального отдела желудка и характеризующийся нормальным или сниженным уровнем гастрина в крови и отсутствием иммунных нарушений;
- ❖ **гастрит типа С** (химико-токсический), который развивается в результате дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) или воздействия на слизистую некоторых лекарственных средств (чаще всего нестероидных противовоспалительных средств (НПВС)) или химических веществ.

Кроме этого выделяют смешанный гастрит (А и В или **пангастрит**).



Преимущественная локализация различных форм ХГ: а) антральный гастрит (гастрит типа А); б) гастрит тела желудка (гастрит типа В); в) мультифокальный гастрит (пангастрит)

В 1990 г. На в Сиднее была принята новая классификация:

Тип гастрита	Этиологические факторы	Синонимы
Неатрофический гастрит (сохранен функциональный слой)	<i>Helicobacter pylori</i> (инфекция; характерны лимфоидные фолликулы, L — антрум-гастриты), другие факторы	тип В, поверхностный, диффузный, антральный, хронический антральный, интерстициально-фолликулярный, гиперсекреторный гастрит
Атрофический гастрит	Аутоиммунный	тип А, диффузный тела желудка (анемия, ахилия) гастрит
Мультифокальный гастрит	<i>Helicobacter pylori</i> , пища, факторы внешней среды	ассоциированный с пернициозной анемией, метапластический гастрит
«Особые формы» гастрита		
Химический гастрит	Химические раздражители, желчь, нестероидные противовоспалительные препараты, другие агенты	тип С, реактивный гастрит, рефлюкс-эзофагит
Радиационный гастрит	Лучевые повреждения	
Лимфоцитарный гастрит (преобладание лимфоцитов, особенно под покровно-ямочным эпителием)	Идиопатический, иммунные механизмы, глютен, медикаменты, <i>Helicobacter pylori</i>	вариоформный гастрит, ассоциированный с целиакией
Неинфекционный гранулема-тозный гастрит	Болезнь Крона, саркоидоз, гранулема-тоз Вегенера, другие васкулиты, инородные тела, идиопатический	—
Эозинофильный и другие инфекционные гастриты	Пищевая аллергия, другие аллергены, бактерии (кроме <i>Helicobacter pylori</i>), вирусы, грибы, паразиты	изолированный гранулематоз, аллергический, флегмонозный гастрит

Рабочая классификация

По типу гастритов:

- ❖ Неатрофический (поверхностный) гастрит.
- ❖ Атрофический гастрит
- ❖ Особые формы гастритов

По локализации:

- ❖ Антральный отдел желудка.
- ❖ Тело желудка.

По эндоскопической картине:

- ❖ Поверхностный.
- ❖ Эрозивный.
- ❖ Атрофический.
- ❖ Геморрагический.
- ❖ Гиперплазия слизистой.
- ❖ Наличие ДГР и др.

По морфологии:

- ❖ Степень воспаления.
- ❖ Активность воспаления.
- ❖ Наличие атрофии желудочных желез.
- ❖ Наличие и тип кишечной метаплазии.
- ❖ Степень обсеменения слизистой Нр.

По функциональному признаку:

- ❖ Нормальная секреция.
- ❖ Повышенная секреция.
- ❖ Секреторная недостаточность (умеренная или выраженная).

По клиническим признакам:

- ❖ Фаза обострения.
- ❖ Фаза ремиссии.

Осложнения:

- ❖ Кровотечения.
- ❖ Малигнизация.



ЭТИОЛОГИЯ

Предрасполагающие факторы:

- ❖ нерациональное питание
- ❖ курение;
- ❖ частые стрессы;
- ❖ наследственная предрасположенность.



Первостепенные причины:

- 1) Инфицирование организма *Helicobacter pylori*
- 2) Воздействие на слизистую оболочку желудка химических веществ
- 3) Попадание и воздействие на слизистую оболочку желудка сока поджелудочной
- 4) Образование аутоантител к внутреннему фактору Касла и/или париетальным клеткам желудка (главная причина развития аутоиммунного гастрита);
- 5) Пищевая аллергия может стать причиной развития эозинофильной формы гастрита;
- 6) Целиакия
- 7) Саркоидоз, болезнь Крона, гистиоцитоз, гранулематоз Вегенера, эозинофильная гранулёма, болезнь Уиппла, микоз, инородные тела зачастую

СИМПТОМЫ

- ❖ Боли в эпигастральной области, которые могут возникать как натощак, так и после непосредственного приёма пищи (или спустя 1/2- 1,5 часа). Боль может носить тупой, ноющий характер, а может быть периодическая режущая, схваткообразная. Характерной чертой является снижение болевых ощущений после приёма антацидных или антисекреторных лекарственных средств;
- ❖ Ощущение тяжести и дискомфорта в области эпигастрия, чувство переполнения желудка после приёма пищи;
- ❖ Отрыжка воздухом или кислым, неприятный вкус во рту;
- ❖ Снижение аппетита (характерно для гастритов с пониженной кислотностью);
- ❖ Тошнота, реже рвота;
- ❖ Неустойчивый стул;
- ❖ При недостатке витамина В₁₂ наблюдается общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, головокружение, сонливость, бледность кожных покровов.

обследование

Обязательные лабораторные исследования (однократно):

- ❖ общий анализ крови;
- ❖ анализ кала на скрытую кровь;
- ❖ гистологическое исследование биоптата;
- ❖ цитологическое исследование биоптата;
- ❖ два теста на НР;
- ❖ общий белок и белковые фракции;
- ❖ общий анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования (однократно):

- ❖ Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с прицельной биопсией и щёточным цитологическим исследованием.
- ❖ Ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчных путей и поджелудочной железы.

Дополнительные исследования и консультации специалистов проводятся в зависимости от проявлений основной болезни,

Лечение



Семидневные схемы:

- ❖ Пилорид (ранитидин висмут цитрат) 400 мг 2 раза в день + кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день или тетрациклин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол) 500 мг 2 раза в день.
- ❖ Омепразол (зероцид и др. аналоги) 20 мг 2 раза в день + кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день или тетрациклин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол) 500 мг 2 раза в день.
- ❖ Фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид, фамоцид) 20 мг 2 раза в день или ранитидин 150 мг 2 раза в день + де-нол 240 мг 2 раза в день или вентрисол - 240 мг 2 раза в день + тетрациклина гидрохлорид 500 мг в таблетках 2 раза в день с едой или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Десятидневные схемы:

- ❖ Ранитидин (зантак) 150 мг 2 раза в день или фамотидин 20 мг 2 раза в день, или омепразол (зероцид) 20 мг 2 раза в день + калиевая соль двузамещенного цитрата висмута* 108 мг в таблетках 5 раз в день с едой + тетрациклина



Показания к госпитализации

Плановой:

- ❖ Выраженное обострение
- ❖ Тяжелая форма заболевания
- ❖ Неэффективность амбулаторного лечения
- ❖ Необходимость хирургического лечения



Экстренной:

- ❖ Кровотечение

Продолжительность стационарного лечения:

10 дней, но с учетом этиологии и выраженности клинико-морфологических проявлений болезни сроки стационарного лечения могут быть изменены, в основном же лечение должно проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях с участием самого больного (рациональный режим образа жизни и питания).

Требования к результатам лечения

- ❖ Отсутствие симптомов, эндоскопических и гистологических признаков активности воспаления и инфекционного агента (полная ремиссия).
- ❖ Прекращение боли и диспептических расстройств, уменьшение гистологических признаков активности процесса без эрадикации НР.
- ❖ Больные активным гастритом (гастродуоденитом), ассоциированным с НР, и аутоиммунным гастритом подлежат диспансерному наблюдению.

Спасибо за внимание!!!

