

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Заведующая кафедрой : профессор Петрова М.М.

Реферат на тему
«Хронический гастрит»

Выполнила:
Врач-ординатор первого года обучения
кафедры поликлинической терапии
и семейной медицины с курсом ПО
Тепнадзе Лия Эдуардовна

Красноярск, 2022 год

План:

1. Определение
2. Этиология и патогенез
3. Эпидемиология
4. Кодирование по МКБ 10
5. Классификация
6. Жалобы и анамнез
7. Физикальное обследование
8. Лабораторная диагностика
9. Инструментальная диагностика
10. Примеры формулировки диагноза
11. Дифференциально-диагностический ряд
12. Лечение
13. Профилактика
14. Выводы
15. Список используемой литературы

Определение

Хронический гастрит - Хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, при котором нарушается физиологическая регенерация железистого эпителия с прогрессирующей его атрофией и развитием секреторной моторной и инкреторной недостаточности функций. На сегодняшний день хронический гастрит рассматривается как исключительно морфологическое понятие.

Этиология и патогенезе

Экзогенные:

- 1). Алиментарный (механически, химически, термически «грубая пища», питание всухомятку, нерегулярное)
- 2). Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, постоянное использование жевательной резинки)
- 3). Профессиональные вредности (СВЧ, вибрация, пары кислот, щелочей хлопковая, угольная, силикатная пыль)
- 4). Лекарственные (резерпин, НПВС, глюкокортикоиды)
- 5). Стрессы
- 6). *Helicobacter pylori* (Hр) – 85-90% случаев

Эндогенные:

Воспалительные заболевания органов брюшной полости

- 2). Хронические очаги инфекции (ротовая полость, ЛОР-органы)
- 3). Эндокринные (сахарный диабет, болезнь Иценко-Кушинга, гиперпаратиреоз, гипокортицизм)
- 4). Токсико-метаболические (кетоацидоз, уремия)
- 5). Гипоксические (дыхательная, сердечная недостаточность, анемия)
- 6). Аллергия
- 7). Отягощенная наследственность

Эпидемиология

В государствах с развитым статистическим учетом хронический гастрит достигает 80–90% среди заболеваний собственно желудка. Хронический гастрит относится к самому распространенному патологическому состоянию пищеварительного тракта и часто сопутствует или предшествует язвенной болезни и раку желудка.

Предположительно, 30–50% взрослого населения инфицированы *Helicobacter pylori*, который в преобладающем числе случаев является причиной формирования хронического гастрита или поддерживает его течение.

Многие люди заражаются *Helicobacter pylori* в детском возрасте посредством грязных рук, поцелуев родителей. В развивающихся государствах 90% населения, ориентировочно, к 10-ти годам инфицируются *Helicobacter pylori*.

Не исключается опасность инвазирования посредством неудовлетворительно простерилизованных эндоскопов и желудочно-дуоденальных зондов, инфекция может передаваться водным путём.

Кодирование по МКБ 10

К 29.3 - Хронический поверхностный гастрит

К 29.4 - Хронический атрофический гастрит

К 29.9 - Хронический аутоиммунный гастрит

Классификация

(Сидней, 1990г., Хьюстон, 1994г.)

По этиологии:

Хронический гастрит типа А (аутоиммунный)

2. Хронический гастрит типа В (хеликобактерный)

3. Хронический гастрит типа С (рефлюкс- гастрит)

4. Хронический лекарственный гастрит

5. Хронический гастрит этаноловый

6. Хронический гастрит неустановленной этиологии

Особые формы гастрита:

- лимфоцитарный (часто наблюдается при целиакии, инфекции Нр)
- гранулематозный (при болезни Крона, саркоидозе, туберкулезе)
- эозинофильный (при системных васкулитах, пищевой аллергии, бронхиальной астме)
- гипертрофический (болезнь Менетрие), -полипозный

По топографическому признаку:

а) антральный гастрит

б) гастрит тела желудка (фундальный)

в) пангастрит

По гистологическому признаку:

1. Степень воспаления (минимальная, умеренная, выраженная)

2. Степень атрофии (минимальная, умеренная, выраженная)

3. Степень кишечной метаплазии (минимальная, умеренная, выраженная)

4. Степень обсемененности НР (минимальная, умеренная, выраженная)

По состоянию кислотообразующей функции желудка:

А. Повышенная и нормальная секреторная функция.

Б. С секреторной недостаточностью

Международная классификация (Хьюстон), 1994г

1. Неатрофический (поверхностный, диффузный антральный, тип В,

Нрассоциированный)

2.Атрофический (аутоиммунный, диффузный фундальный, тип А)

3.Особые формы

-химический (тип С)

-радиационный

-лимфоцитарный (эрозивный, вариолоформный, ассоциированный с целиакией)

-инфекционный (бактерии, кроме Нр, вирусы, грибы, паразиты) -

гранулематозный (болезнь Крона, саркоидоз)

-коллагенозный

-эозинофильный

По эндоскопическим признакам:

-эритематозный

-эрозивный (плоские или простые эрозии; полные эрозии)

-гиперпластический

-геморрагический

-рефлюкс-гастрит

Классификация OLGA (operative link gastritis assesment), 2008г.

Система оценки гастритов по анализу 5 биоптатов, с целью выявления риска рака желудка. Определяют степень активности гастрита (по выраженности воспалительной инфильтрации нейтрофилами и мононуклеарами), стадию гастрита (по выраженности атрофии)

Жалобы и анамнез

При хроническом гастрите может отсутствовать или обнаруживаться в рамках функциональной желудочной диспепсии. Наличие гастрита не исключает диагноз «функциональная диспепсия».

Физикальное обследование

-Обложенность языка белым или желтым налетом с отпечатками зубов на боковой поверхности, иногда лакированный язык (при В12-дефицитной анемии)

-Болезненность при пальпации живота в эпигастральной, пилорoduodenальной зоне

-Могут быть пониженный вес, бледность, симптомы гиповитаминоза (заеды, гиперкератоз, ломкость волос и ногтей)

-Может быть симптом Флекеля (добавочные соски)

Лабораторная диагностика

Основные:

1.Клинический анализ крови

2. Биохимический анализ крови (общий белок и фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, сахар, холестерин, сывороточное железо, креатинин)
3. Копрограмма, кал на яйца глист и реакцию Грегерсена
4. Уреазный дыхательный тест на Нр

Дополнительные :

1. Выявление Нр методом ПЦР в кале
2. Определение уровня витамина В12 в крови
3. Определение антител к париетальным клеткам желудка, внутреннему фактору Касла

«Серологическая биопсия желудка»:

- уровень пепсиногена I (снижен при атрофии слизистой тела желудка; при уровне менее 25 – риск метаплазии),
- уровень базального и постпрандиального гастрин-17 (снижен при атрофии слизистой антрального отдела; при атрофии только тела желудка и отсутствии атрофии антрального отдела – гастрин-17 повышен)
- соотношение: пепсиноген I/пепсиноген II (снижено менее 3 - при атрофии тела и дна желудка; пепсиноген I вырабатывается главными клетками тела и дна желудка, пепсиноген II – муцинообразующими клетками всех отделов, при воспалении)

Инструментальная диагностика

Основные:

1. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с прицельной биопсией (не менее 5 биоптатов) и идентификацией Нр.

Дополнительные:

1. Фракционное желудочное зондирование (до и после стимуляции главных желез гистамином или пентагастрином) для оценки секреторной функции желудка.
2. Интрагастральная рН-метрия.
3. Рентген желудка
4. УЗИ органов брюшной полости

Методы идентификации Нр:

Прямые методы (исследование биоптата слизистой желудка)

- кампи-тест (уреазный тест)
- цитологический метод (окраска мазков отпечатков красителем Романовского-Гимзы)
- микробиологический метод

- ПЦР в биоптате Непрямые методы (без биопсии)
- серологический с определением титров антител Ig G, реже Ig A - уреазный дыхательный тест
- ПЦР (определение антигенов НР) в стуле
- анализ устойчивости НР к антибиотикам (стандартный культуральный тест или молекулярно-генетические тесты). Согласно IV Маастрихтским соглашениям (2011 г.), выполнение данного теста показано перед проведением терапии первой линии в регионах с высокой устойчивостью НР к кларитромицину, а также перед терапией второй линии во всех регионах. За 2 недели перед проведением теста необходимо отменить ингибиторы протонного насоса.

Примеры формулировки диагноза

1. Хронический антральный гастрит, ассоциированный с Нр. Функциональная диспепсия с синдромом эпигастральной боли.
2. Хронический гастрит, ассоциированный с Нр, с очаговой атрофией и метаплазией тонкокишечного типа. Функциональная диспепсия по типу постпрандиального дистресс-синдрома.
3. Хронический аутоиммунный атрофический гастрит, активный (высокая активность), с преимущественным поражением тела желудка, осложненный витамин-В12-дефицитной анемией легкой степени тяжести.

Дифференциально-диагностический ряд

1. Язвенная болезнь
2. Рак желудка
3. Функциональная (неязвенная) диспепсия
4. Хронический панкреатит
5. Хронический холецистит
6. Функциональные расстройства билиарного тракта
7. Заболевания кишечника

Лечение

1. Этиотропная терапия – устранение провоцирующих факторов, вредных привычек, эрадикация Нр, диета, психотропные средства
2. Патогенетическая терапия – коррекция секреторных и моторных нарушений
3. Симптоматическая терапия – купирование болевого синдрома, диспепсических жалоб .

Схема терапии хронического гастрита

При пониженной кислотности	При повышенной кислотности
Заместительная терапия (ацединпепсин, пепсидил)	Секретолитики -H ₂ -гистаминоблокаторы: циметидин, ранитидин, фамотидин (квamatел), роксатидин -Ингибиторы протонной помпы (ИПП): омепразол (гастрозол, лосек, омез, ромесек), лансопразол, пантопразол, рабепразол (париет), эзомепразол (нексиум) -Холинолитики: метацин, гастроцепин
Стимуляция секреции (эуфиллин, никотиновая кислотата, лимонтар, глюконат кальция)	Антациды -Невсасывающиеся: алюминия, магния гидроокиси – маалокс, альмагель - Адсорбирующие : викалин, викаир, вентрисол - Всасывающиеся (растворимые): сода, жженая магнезия
Улучшение микроциркуляции (курантил, продектин)	Гастропротекторы - Обволакивающие и вяжущие (пленкообразующие): соли висмута (де-нол), алюминия (сукральфат), альгиновая кислота, фитопрепараты (ромашка, семя льна, подорожник, мята, тысячелистник, зверобой) - Синтетические аналоги простагландина E ₁ : мизопростол Стимуляторы синтеза эндогенного простагландина E ₂ - ребамипид
Симптоматическая (спазмолитики, прокинетики (мотилиум, ганатон), травы, поливитамины)	Антибиотики при выявлении Нр (тетрациклины, метронидазол, макролиды, нитрофураны, пенициллины, левофлоксацин и др.)

Эрадикационная терапия

При обнаружении хеликобактерной инфекции, необходима ее эрадикация, что является важнейшим фактором профилактики развития рака желудка.

Показания (строго рекомендуемые):

- Дуоденальная / желудочная язва (активная или неактивная, включая осложненное течение)
- MALT – лимфома (mucosal association lymphatic tissue экстранодальная Вклеточная лимфома из клеток маргинальной зоны слизистой оболочки желудка, низкой степени злокачественности)
- Атрофический гастрит
- Состояние после резекции желудка по поводу рака
- Пациенты, являющиеся родственниками первой линии пациентов с раком желудка
- Желание пациента (после подробной консультации с врачом)

Показания (желаемые):

- Функциональная желудочная диспепсия
- НПВП-гастропатия
- ГЭРБ

Схемы эрадикационной терапии:

Терапия 1й линии:

- 1.Тройная стандартная терапия: ИПП + 2 антибиотика 7 или 14 дней Омепразол 20мг 2р/сут +Кларитромицин 500мг 2р/сут +Амоксицилин 1000мг 2р/сут. или
- 2.Последовательная терапия: ИПП + Амоксицилин 5 дней, затем ИПП + Кларитромицин + Метронидазол 5 дней.

Терапия 2й линии:

ИПП + соли висмута + 2 антибиотика в течение 7 или 14 дней Де-нол 240 мг 2р/сут + Тетрациклин 500 мг 4р/сут + Метронидазол 500мг 3р/сут.

Терапия 3й линии:

- 1.ИПП +Амоксицилин (или Кларитромицин) + Левофлоксацин 250мг 2р./сут.
- 2.ИПП +Амоксицилин + Фуразолидон 200мг 2р./сут.
- 3.ИПП = Амоксицилин + Рифабутин 150мг 2р./сут.
- 4.Индивидуальная терапия после определения чувствительности НР к антибиотикам.

Контроль эффективности эрадикационной терапии проводится при помощи уреазного дыхательного теста или определения антигенов НР методом ИФА в стуле не ранее чем через 4 недели после окончания лечения

Профилактика

Первичная профилактика.

1. Активное выявление факторов риска и лиц, предрасположенных к возникновению данного заболевания.
2. Диспансерное наблюдение за ними, соблюдение рекомендаций по изменению образа и стиля жизни, а также режима и характера питания, осуществление мер профилактики инфицирования НР.

Вторичная профилактика.

1. Активное выявление больных с клинически выраженными формами хронического гастрита, частыми обострениями и их адекватная немедикаментозная и лекарственная терапия.
2. Активное динамическое наблюдение за пациентами с предраковыми формами хронического гастрита:
 - фундальный гастрит типа А;
 - гастрит с кишечной метаплазией эпителия;
 - атрофический гастрит;
 - полипозный гастрит
 - гастрит при анемии Аддисона-Бирмера;
 - болезнь МенетриеЭти больные подлежат ежегодной эндоскопии с биопсией и полноценной эрадикации НР.

Список используемой литературы

Клинические рекомендации Министерства Здравоохранения 2021г

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Рецензия к.м.н. , доцента Каскаевой Дарьи Сергеевны на реферат ординатора первого года обучения специальности Общая врачебная практика (семейная медицина) Тепнадзе Лии Эдуардовны по теме : « Хронический гастрит»

Рецензия на реферат — это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающие анализ степени раскрытия выбранной тематике, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии ординатора первого года обучения специальности общей врачебной практики (семейная медицина):

Оценочный критерий	+/-
Структурированность	+
Наличие орфографических ошибок	+
Соответствие текста реферата по теме	+
Владение терминологией	+
Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
Логичность доказательной базы	+
Умение аргументировать основные положения и выводы	+
Круг использования известных научных источников	+
Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная / отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента

Подпись ординатора