

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В Ф
Войно-Ясенецкого.
Кафедра терапии ИПО

РЕФЕРАТ

Хронический гастрит

Выполнил: ординатор 1 года кафедры
терапии ИПО

Соколовский АП

Проверил: ДМН, профессор Грищенко ЕГ

Красноярск 2018

Оглавление

Введение.....	3
Патогенез	4
Клинические проявления	6
Лечение	7
Список литературы.	9

Введение

Хронический гастрит - хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.

Первостепенная роль принадлежит несовершенству репарации, дефектам обновления слизистой. Пять хорошо известных признаков воспаления в данном этимологическом случае, несмотря на характерное окончание термина «гастрит», не следует воспринимать буквально.

Факторы риска заражения ХГ типа В:

- низкий уровень жизни; передаче НР-инфекции способствуют социальные и экономические факторы: неудовлетворительные материально-бытовые условия, несоблюдение элементарных санитарно-гигиенических норм, перенаселенность; большой состав семьи; общие предметы быта (постель, посуда), а также пребывание в закрытых коллективах и учреждениях (детские дома, дома престарелых и пр.);
- приём ряда лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные препараты, включая рекламируемые быстрорастворимые формы);
- пик заболеваемости в 3-4 и 7-8 лет, когда детей оформляют в детский сад и школу;
- подъем заболеваемости приходится на февраль-апрель, когда определяется максимальное снижение лизоцимной активности желудочного сока, в связи с чем слизистая желудка становится более уязвимой для микробов;
- возможность существования семейного очага хеликобактериоза;
- доказан фекально-оральный путь передачи инфекции (алиментарный, при использовании некачественно стерилизованных эндоскопов).

Классификация ХГ

В 1990г. Международным конгрессом гастроэнтерологов (Австралия) предложена современная классификация ХГ, известная как Сиднейская и учитывающая особенности этиопатогенеза, морфологические и эндоскопические признаки. Международная Сиднейская классификация ХГ (1990г.) выделяет следующие типы ХГ:

тип А (аутоиммунный):

- в этиопатогенезе гастрита типа А центральное место занимают генетически детерминированные аутоиммунные реакции (аутоиммунное заболевание);
- аутосомно-доминантный тип наследования «фактора А» обуславливает наличие его у родственников;
- частыми «спутниками» ХГ типа А являются тиреоидит Хашимото, инсулинзависимый сахарный диабет.

тип В (геликобактерный):

- *Helicobacter pylori*, обнаруживаемый более чем в 90% случаев ХГ В;

- относится к категории «заразных» заболеваний, заражение у большинства происходит в детском возрасте, и бактерионосительство (в том числе и бессимптомное) длится всю жизнь.

тип С (рефлюкс-гастрит):

- выявляется у пациентов с резецированным желудком, перенесших органосохраняющие операции на желудке; при дуоденальных язвах, дуоденитах;

- частая находка при сочетанной гастроэнтерологической патологии (хронический панкреатит, хронический холецистит и др.);

редкие формы гастрита: ригидный, гипертрофический (болезнь Менетрие) относится к ХГ условно, эрозивно-геморрагический, эозинофильный.

По состоянию желудочной секреции:

повышенная,

сохраненная (нормальная)

секреторная недостаточность (умеренная и выраженная, включая ахлоргидрию).

По фазам течения ХГ: обострение или ремиссия процесса.

По локализации:

· антральный гастрит

· гастрит тела желудка

· пангастрит

Патоморфологические формы ХГ:

· эритематозный экссудативный гастрит

· эрозивный гастрит

· атрофический гастрит

· неатрофический (поверхностный)

· геморрагический гастрит

· гиперпластический гастрит

Патогенез

ХГ типа А

- в этиопатогенезе гастрита типа А центральное место занимают генетически детерминированные аутоиммунные реакции (наследственно обусловленный иммунологический фон);
- поражение слизистой оболочки независимо от причин, вызывает высвобождение антигена из обкладочных клеток, он денатурируется, становится чужеродным, сенсибилизируя иммунциты;
- развивается гиперергическая реакция замедленного типа, которая сопровождается клеточной реакцией с инфильтрацией слизистой желудка;
- эти клетки (лимфоциты, плазматические клетки) становятся - носителями антител;
- образование аутоантител к обкладочным клеткам ведущее, в конечном итоге, к резкой атрофии желез слизистой оболочки преимущественно фундального отдела желудка, срок жизни клеток укорачивается, при этом нарушается созревание новых клеток;
- ассоциация с В12-дефицитной анемией, аутоантитела (плазменные и обнаруженные в желудочном соке) препятствуют связи фактора Кастла с витамином В12;
- в фундальном отделе сосредоточена основная масса париетальных (обкладочных) клеток, вырабатывающих соляную кислоту, ХГ типа А характеризуется ранним развитием недостаточности кислотопродукции (в сочетании с высоким уровнем гастринемии);
- частыми «спутниками» ХГ типа А являются тиреоидит Хашимото, инсулинзависимый сахарный диабет.

ХГ типа В

- при связывании рецепторов желудочных клеток и бактериальных адгезинов возникает плотный контакт между бактериальным телом и эпителиальной клеткой;
- уреазы *H. pylori* расщепляет мочевины и «окутывает» себя облаком аммония;
- создается определенная рН вокруг микробного тела, обеспечивающая функционирование витально-значимых ферментных систем геликобактера;
- аммоний оказывает повреждающее воздействие на клетку;
- токсины приводят к исчезновению щеточной каймы, микроворсин, цитоплазма эпителиоцита вакуолизируется.
- при разрушении мембраны микроб может находиться внутри клетки, а при разрушении межклеточных контактов - передвигаться в эпителиальной пластинке.
- процессы перекисного окисления липидов в фагоцитах, инфильтрирующих собственную пластинку слизистой, усугубляют повреждающие воздействия на эпителий.
- ключевым моментом патогенеза является способность хеликобактера вегетировать только в условиях желудочной слизистой либо очагов желудочной метаплазии кишечника.

- в зоне «аммиачного облака» гастринпродуцирующие клетки меняют реакцию на раздражители в сторону гиперстимуляции продукции соляной кислоты и пепсина, ускорения эвакуации.

ХГ типа С (рефлюкс-гастрит)

- важнейшим звеном этиопатогенеза является дуодено-гастральный рефлюкс, ответственный за развитие рефлюкс-гастрита (типа С) оперированного желудка;

- нестероидные противовоспалительные (современное название группы - антипростагландиновые) средства способны генерировать в слизистой желудка изменения, аналогичные таковым при рефлюксе, что позволяет отнести их в группу этиофакторов;

желчные кислоты, обладающие детергентными свойствами, способствуют повреждению липидных мембран

постоянное повреждение слизистой оболочки кишечным содержимым наблюдаются дистрофические и некробиотические изменения эпителия, он становится резко уплощенным, почти несодержащим слизи;

нарастают атрофические изменения слизистой желудка, сопровождающиеся прогрессированием пролиферативных процессов и развитием дисплазии различной степени выраженности.

Клинические проявления

Клиническая картина ХГ типа В в фазе обострения исчерпывается двумя синдромами - болевым и диспептическим:

- общее состояние больных не меняется;

- синдрома желудочной диспепсии типичны (изредка) изжога, отрыжка кислым; наблюдается тенденция к запорам;

- характерен неприятный запах изо рта (особенно утром);

- ритм эпигастральных болей соответствует режиму и качеству питания; боль возникают натощак или сразу (15 минут спустя после начала трапезы) после еды, при стихании обострения связаны с определенными видами пищи (острые закуски, копченые продукты и пр.);

- в разгаре обострения боли могут провоцироваться любыми продуктами;

- иррадиация не характерна; максимум пальпаторной болезненности находится в эпигастральной области, «под ложечкой», интенсивность варьирует. В молодом возрасте боли могут быть «язвенноподобными», приступообразными, но наиболее типичны болевые ощущения средней интенсивности.

Клиническая картина ХГ типа А:

- болевой синдром (тупые, ноющие боли или/и дискомфорт в эпигастрии, усиливающиеся или возникающие после употребления незначительного количества пищи, особенно - обладающей раздражающим влиянием на слизистую желудка, сопровождающиеся ощущением «насыщения»);
- синдром желудочной диспепсии (тяжесть и дискомфорт в эпигастрии после еды, ощущение переполненности желудка после приема весьма ограниченного количества пищи, отрыжка тухлым, срыгивание, тошнота, неприятный привкус во рту по утрам);
- синдром кишечной диспепсии (метеоризм, флатуленцией, урчание и дискомфорт в области живота, особенно после приема молока или жирной пищи, тенденция к диарее, потеря веса. При выраженной гипохлоргидрии диарея становится ведущей жалобой, вплоть до развития «ахилических» поносов);
- вследствие нарушения кишечного пищеварения и всасывания развивается полигиповитаминоз;
- железодефицитная (вне зависимости от существования В12-дефицитной) анемия;
- снижаются резистентность к инфекциям и регенераторные возможности;
- снижение массы тела;
- астено-невротическими синдром.

Клиническая картина ХГ типа С:

- тошнота;
- отрыжка горечью;
- давящие боли в эпигастрии;
- неприятный вкус во рту.

Лечение

Терапия ХГ у большинства пациентов осуществляется в амбулаторных условиях.

При лечении ХГ необходимо учитывать фазу болезни, клинический и морфологический вариант гастрита, особенности секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка. При выраженном обострении болезни (боли, стойкая желудочная диспепсия, похудание) показана госпитализация. Госпитализация необходима также при угрозе или наличии осложнений (кровотечение из эрозий) и при затруднении в дифференциальной диагностике.

Немедикаментозная терапия ХГ:

- при обострении ХГ - диета №1а, 1б, 1, дробное (5 - 6 раз в день) питание, последний приём пищи должен быть не позднее, чем за три часа до сна;

- при стабилизации состояния диетические ограничения снимаются, но исключается употребление грубой, жирной пищи и индивидуально непереносимых продуктов;
- при повышенной желудочной секреции - диета №1, 5, 15, при низкой секреции - диета №2, 15;
- после еды желательно пребывание в вертикальном положении не менее часа;
- абсолютно исключаются на период обострения переноска тяжестей, физические упражнения с акцентированной нагрузкой на мышцы живота (включая шейпинг);
- исключение курения продиктовано нарушением кровоснабжения желудка (в первую очередь, малой кривизны);
- абсолютно противопоказаны шоколад, кофе, газированные напитки, алкоголь;
- исключаются консервы, концентраты (в т.ч., из серии «просто добавь воды») и суррогаты любых продуктов, пряности, специи, а также продукция «Fast food», блюда, провоцирующие брожение (молоко, сметана, виноград, черный хлеб и пр.), копченая, жирная и жареная пища, изделия из сдобного теста;

Медикаментозная терапия ХГ:

· антисекреторные препараты используются лишь при высокой кислотопродукции (ХГ типа В до этапа резкой атрофии слизистой) и, следовательно, не показаны страдающим аутоиммунным (тип А) гастритом:

- блокаторы «протонной помпы» (Na^+/H^+ - АТФ-азы) - омепразол 20 мг 2 раза в сутки, лансопразол 30 мг - 2 раза в сутки, контролок - таблетки, содержащие 0,04 г препарата 1 раз в день; - антагонисты H_2 -рецепторов гистамина (ранитидин, или ранисан, гистак - таблетки по 0,15 г 2 раза в день, фамотидин - таблетки по 20 или 40 мг однократно); - селективные М-холинолитиками (гастроцепин в таблетках по 25 мг 2-4 раза в день). · антисекреторные средства: антациды: невсасывающиеся (нерастворимые) формы, основными действующими компонентами которых являются гидроокиси магния и алюминия: альмагель, фосфалюгель (пакеты, содержащие 16 г препарата), гастрогель, гелюсил, маалокс и пр. Общий принцип назначения невсасывающихся антацидных средств - за 30 минут до приема пищи или через час после него, а также перед сном; при четком ритме болевых ощущений возможно назначение за 20-30 минут до предполагаемой боли. Средства этого класса актуальны при всех формах гастрита вне зависимости от объема кислотопродукции, поскольку агрессивное влияние кислоты и пепсина на пораженную слизистую сохраняется даже в условиях выраженной атрофии и требует соответствующей защиты; · прокинетики нормализуют моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта): - блокаторы дофаминовых рецепторов: неселективный - метоклопрамидом и селективный - домперидоном. Метоклопрамид (реглан, церукал; в каждой таблетке содержится 10 мг активного вещества, в ампуле - 2 мл 0,1% раствора) - избирательный блокатор дофамина центрального и периферического действия. Он повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливает двигательную активность желудка, ускоряет его опорожнение и транзит содержимого через кишечник. Метоклопрамид применяют в виде таблеток по 10 мг 3-4 раза в день внутрь или парентерально по 10 мг 1-2 раза в день;

- Домперидон (мотилиум) - селективный антагонист дофаминовых рецепторов периферического действия (допамин - предшественник адреналина). Он повышает тонус

- при стабилизации состояния диетические ограничения снимаются, но исключается употребление грубой, жирной пищи и индивидуально непереносимых продуктов;
- при повышенной желудочной секреции - диета №1, 5, 15, при низкой секреции - диета №2, 15;
- после еды желательно пребывание в вертикальном положении не менее часа;
- абсолютно исключаются на период обострения переноска тяжестей, физические упражнения с акцентированной нагрузкой на мышцы живота (включая шейпинг);
- исключение курения продиктовано нарушением кровоснабжения желудка (в первую очередь, малой кривизны);
- абсолютно противопоказаны шоколад, кофе, газированные напитки, алкоголь;
- исключаются консервы, концентраты (в т.ч., из серии «просто добавь воды») и суррогаты любых продуктов, пряности, специи, а также продукция «Fast food», блюда, провоцирующие брожение (молоко, сметана, виноград, черный хлеб и пр.), копченая, жирная и жареная пища, изделия из сдобного теста;

Медикаментозная терапия ХГ:

- антисекреторные препараты используются лишь при высокой кислотопродукции (ХГ типа В до этапа резкой атрофии слизистой) и, следовательно, не показаны страдающим аутоиммунным (тип А) гастритом:

- блокаторы «протонной помпы» (Na^+/H^+ - АТФ-азы) - омепразол 20 мг 2 раза в сутки, лансопразол 30 мг - 2 раза в сутки, контролок - таблетки, содержащие 0,04 г препарата 1 раз в день; - антагонисты H_2 -рецепторов гистамина (ранитидин, или ранисан, гистак - таблетки по 0,15 г 2 раза в день, фамотидин - таблетки по 20 или 40 мг однократно); - селективные М-холинолитиками (гастроцепин в таблетках по 25 мг 2-4 раза в день). · антисекреторные средства: антациды: невсасывающиеся (нерастворимые) формы, основными действующими компонентами которых являются гидроокиси магния и алюминия: альмагель, фосфалюгель (пакеты, содержащие 16 г препарата), гастрогель, гелюсил, маалокс и пр. Общий принцип назначения невсасывающихся антацидных средств - за 30 минут до приема пищи или через час после него, а также перед сном; при четком ритме болевых ощущений возможно назначение за 20-30 минут до предполагаемой боли. Средства этого класса актуальны при всех формах гастрита вне зависимости от объема кислотопродукции, поскольку агрессивное влияние кислоты и пепсина на пораженную слизистую сохраняется даже в условиях выраженной атрофии и требует соответствующей защиты; · прокинетики нормализуют моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта): - блокаторы дофаминовых рецепторов: неселективный - метоклопрамидом и селективный - домперидоном. Метоклопрамид (реглан, церукал; в каждой таблетке содержится 10 мг активного вещества, в ампуле - 2 мл 0,1% раствора) - избирательный блокатор дофамина центрального и периферического действия. Он повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливает двигательную активность желудка, ускоряет его опорожнение и транзит содержимого через кишечник. Метоклопрамид применяют в виде таблеток по 10 мг 3-4 раза в день внутрь или парентерально по 10 мг 1-2 раза в день;

- Домперидон (мотилиум) - селективный антагонист дофаминовых рецепторов периферического действия (допамин - предшественник адреналина). Он повышает тонус

нижнего пищеводного сфинктера, усиливает перистальтику антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, ускоряет опорожнение желудка. При явлениях гастроэзофагального рефлюкса домперидон назначают внутрь по 10 мг (1 таблетка) 3 раза в день за 10-15 минут до приема пищи и перед сном;

- блокаторы 5-ГТ-(5-гидрокситриптамин=серотонин)серотониновых рецепторов (цизаприд = координакс, пропульсид, цисап; рензапид, закоприд) - селективные препараты, стимулирующие высвобождение ацетилхолина в окончаниях нейронов мышц пищевода, желудка и кишечника; иногда эту группу считают третьим поколением прокинетики. Цизаприд не имеет выраженных побочных эффектов, поэтому его можно использовать длительное время (месяцы) в дозе, варьирующей от 5 мг 2 раза до 10 мг 4 раза в день, за 10-15 минут до еды; в каждой таблетке содержится 5 или 10 мг препарата.

Список литературы.

1. Лекции по терапии Ефремушкин-«Хронический гастрит» Барнаул 2005
2. «Внутренние болезни» Мартынов А.И., Моисеев В.С. 2002 Москва
3. «Основы клинической гастроэнтерологии» Лычев В.Г. 2000 Новгород
4. «Учебно-методические рекомендации по физиотерапии» Александров В.В. 2005 Барнаул
5. Учебное пособие по физиотерапии В.Г. Ясногородский 1992 Москва

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

КАФЕДРА

Терапии ИПО

Рецензия КМН, профессора кафедры терапии ИПО Грищенко Елены Георгиевны на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия Соколовского Алексея Павловича по теме: Хронический гастрит.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, 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, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия:

Оценочный критерий Положительный/ отрицательный

1. Структурированность +
2. Наличие орфографических ошибок +
3. Соответствие текста реферата его теме +
4. Владение терминологией +
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы +
6. Логичность доказательной базы +
7. Умение аргументировать основные положения и выводы +
8. Круг использования известных научных источников +
9. Умение сделать общий вывод +

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

23.05.2018

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Согу -