

Лекция: «Хронический гастрит»

**Доцент Ибрагимов А.А.
Кафедра внутренних болезней
6-го курса КГМА**

Хронический гастрит - хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, характеризующийся нарушением ее физиологической регенерации, уменьшением количества железистых клеток и вследствие этого атрофией железистого эпителия (при прогрессирующем течении), с последующим развитием кишечной метаплазии и дисплазии, расстройством секреторной, моторной и инкреторной функции желудка.

Шифр по МКБ -10: К-22 - хронический антральный, фундальный гастрит К-29.4 – хронический атрофический гастрит

Этиология:

- **НР** является первичной причиной хронического гастрита, инициируя в дальнейшем развитие атрофического гастрита, метаплазии, дисплазии эпителия и рака желудка. НР в 95% вызывает антральный гастрит, в 56% - пангастрит.
- Аутоиммунная причина возникновения гастрита является редкой, в 10% случаев у больных с хроническим пангастритом обнаруживаются антитела к париетальным клеткам желудка.

Риск факторы возникновения гастрита:

Алиментарные факторы (нарушение режима питания, еда сухомятку и др.)

Прием аспирина и НПВС

- Злоупотребление алкоголем, курением
- Желчный и панкреатический рефлюксы
- Стресс
- Радиация
- действие профессиональных вредностей (пары кислот, щелочи, хлопковая, угольная, силикатная пыль)

- отравление солями тяжелых металлов (свинец, ртуть и др.)
- Пищевые аллергены
- Хронические инфекции полости рта, носоглотки
- Сопутствующие заболевания ЖКТ и др. внутренних органов

Классификация (Сидней, 1990):

Этиологически:

1. Хеликобактерный (ассоциированный с *Helicobacter pylori*, тип В)
2. Аутоиммунный гастрит (тип А)
3. Реактивный (обусловленный дуоденогастральным рефлюксом, забросом желчи в желудок или приемом лекарственных средств) рефлюкс-гастрит (тип С)
4. Особые формы гастритов (гранулематозные, в том числе при болезни Крона, саркоидозе, туберкулезе, лимфоцитарные, эозинофильные)

Топографически:

1. Гастрит антрума (антральный)
2. Гастрит тела желудка (фундальный)
3. Пангастрит

Морфологически:

1. Воспаление (слабое, среднее, сильное)
2. Активность (слабая, средняя, сильная)
3. Атрофия (слабая, средняя, сильная)
4. Кишечная метаплазия (слабая, средняя, сильная)
5. Хеликобактер пилори (норма, слабая, средняя, сильная степень обсемененности)

Эндоскопически:

При эндоскопии применяются следующие описательные термины — отек, гиперемия, разрыхление, экссудация, эрозии, узловатость, гиперплазия складок, видимость сосудистой реакции, интрамуральные кровоизлияния, дуоденогастральный рефлюкс.

Эндоскопические категории гастритов:

- 1 – эритематозно–экссудативный (поверхностный) гастрит
- 2 – атрофический гастрит
- 3 – геморрагический гастрит
- 4 – гиперпластический гастрит
- 5 – гипертрофический гастрит

Классификация ХГ (гр. американских морфологов, Хьюстон)

Тип гастрита	Этиологические факторы	Синонимы
Неатрофический	НР и др. факторы	Антральный, хронический антральный, интерстициальный, фолликулярный, гиперсекреторный, тип В, поверхностный, диффузный

Атрофический	Аутоиммунный	Тип А, диффузный тела желудка, ассоциированный пернициозной анемией
Мультифакторный	НР, особенности питания, факторы среды	
Особые формы Химический	Химические раздражители, желчь, НСПВС	Реактивный рефлюкс-гастрит
Радиационный, лимфоцитарный	Лучевые поражения, идиопатические иммунные механизмы, глютен. НР	Реактивный рефлюкс-гастрит тип С

Неинфекционный, гранулематозный	Болезнь Крона, саркоидоз, инородные тела, идиопатический гранулематоз Вегенера	Вариолоформный, ассоциированный с целиакией
Эозинофильный, другие инфекционные	Пищевая аллергия, др. аллергены, бактерии (кроме НР), вирусы, грибы, парзиты	

Клинические критерии хеликобактерного (неатрофического или гастрита типа В) гастрита:

- Молодой возраст
- Язвенноподобная диспепсия (периодические боли, голодные боли, изжога, отрыжка кислым, запоры)
- Локальное напряжение брюшной стенки и болезненность в пилородуоденальной зоне
- Лабораторно: серологическим исследованием в крови выявляют антитела к НР (антитела IgG, IgA, IgM)

- Эндоскопически: гиперемия, отек слизистой антрального отдела с подслизистыми кровоизлияниями и эрозиями, гиперплазия складок, экссудация, антральный стаз, спазм привратника
- Инфильтрация собственной пластинки и эпителия слизистой желудка нейтрофилами, лимфоцитами, плазмоцитами, очаги кишечной метаплазии, множество НР.

Клинические критерии атрофического гастрита (аутоиммунного или гастрита типа А):

- Пожилой возраст
- Иногда сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями (аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксикоз, язвенный колит и др.)
- Выявляется у ближайших родственников
- Может быть вследствие многолетнего хеликобактерного гастрита

- Дискинетическая диспепсия (чувство тяжести, полноты, тупая боль в подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом, неустойчивый стул)
- При выраженных случаях признаки синдрома кишечной диспепсии (боли в кишечнике, урчание, переливание в животе, поносы), а также синдром недостаточности пищеварения и всасывания.
- Диффузное напряжение брюшной стенки и болезненность в эпигастрии




- Лабораторно: при тяжелых случаях признаки В12 дефицитной, железодефицитной анемии, при серологическом исследовании крови выявляется наличие антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору, а также высокий уровень гастринемии
- Эндоскопически: бледность, сглаженность, истончение слизистой в теле и антруме желудка, просвечивание сосудов, повышенная ранимость, гипотония, гипокинезия, рефлюкс желчи

- Атрофия железистого эпителия, кишечная метаплазия, уменьшение главных и обкладочных клеток незначительное количество НР, минимальная активность воспаления

Диагностика хеликобактерной инфекции Инвазивные:

- морфологический (золотой стандарт диагностики НР окраска бактерий в гистологических препаратах СОЖ по Гимзе, юлуидоновым синим).

Выделяют три степени обсемененности
Helobacter pylori

1.  > Слабая (-t) - до 20 микробных тел в п з
2.  > Средняя (++) - до 50 микробных тел
ВИЗ
3.  > Высокая (+++) более 50 микробных тел
ВИЗ

- цитологический метод (проводится с помощью микроскопии мазка - отпечатки или раздавленного биопрепарата, окрашенных по Граму или Гимзе.
- микробиологический (посев биоптата СОЖ на дифференцированно-диагностическую среду

- уреазный тест - для ранней диагностики НР, проводится исследование биопсийного материала, основанное на способности бактерий выделять большое количество уреазы, при этом в результате гидролиза содержащейся в среде мочевины- после погружения обследуемого биоптата происходит изменение окраски среды(от желтой до малиновый) при наличии рН выше 6,0 .
Существуют тест-системы для быстрого определения наличия НР уреазным методом (экспресс-тесты - де-нол тест, CLO-тест).

Неинвазивные методы:

- дыхательный тест-определение в выдыхаемом больным воздухе, изотопов C 14и C15 выделяющихся в результате расщепления в желудке больного меченой мочевины под воздействием уреазы НР.
- серологический метод
- определение специфических антихеликобактерных антигенов в кале.

Хронический рефлюкс-гастрит (тип С или химический гастрит).

-химико-токсической природы, обусловленный дуодено-гастральным рефлюксом с постоянным забросом кишечного содержимого в просвет желудка вместе с желчью, богатой лизолецитином и желчными кислотами, оказывающими токсическое воздействие на эпителиальные клетки

(нередко развивается как следствие резекции желудка, реконструктивных операций на желудке, дискинезий желчевыводящих путей, хронических холециститов, желчно-каменной болезни).

Также могут быть обусловлены воздействием некоторых медикаментов (особенно нестероидных противовоспалительных препаратов и профессиональных факторов - пары кислот, щелочей и др.)

клинически характеризуется проявлением основного заболевания и ХГ повышенной секреторной функцией, а также выраженным дискинетическим вариантом диспепсии (боли в эпигастрии, жгучего характера во время или после еды, отрыжка кислым, сухость, горечь во рту, тошнота, рвота с желчью).

гастроскопия (признаки смешанного гастрита - поверхностного, гипертрофического и атрофического гастрита преимущественно антрального отдела желудка, при рефлюкс-гастрите выявляется дуодено-гастральный рефлюкс).

Особые формы гастритов

Гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие).

Субъективные симптомы:

- ◆ > Интенсивные боли в эпигастрии, возникающие после еды, изжога, отрыжка воздухом и пищей • > Часто рвота с примесью крови
- ◆ Анорексия *Т* Потеря массы тела
отечность стоп и кистей рук.
- ◆ Диарея
- ◆ Гипопротеинемия

Гастроскопия:

◆ Гипертрофия слизистой оболочки в виде гигантских складок, покрытых большим количеством вязкой слизи

Патогистологическое исследование

◆ * Резкое утолщение слизистой оболочки желудка, удлинение и расширение желудочных ямок

Другие типы ХГ представляют собой «редкие»
форм: гранулематозный (чаще всего болезнь
Крона с локализацией в желудке),
эозинофильный (нередко сопутствующий БА и
пищевым аллергеном), лимфацитарный
(неизвестной этиологии)

Лечение желикобактерного гастрита (гастрита типа В или неатрофического гастрита).

Этиологическое лечение:

- В период обострения диета № 1 а, 1 б и 1
- антихеликобактерная терапия по следующей схеме:
- Терапия 1ой линии (тройная терапия):
- омепразол+кларитромицин+ метронидазол - 14 дней или - омепразол + амоксициллин + метронидазол - 14 дней или
- омепразол + амоксициллин + кларитромицин - 14 дней. При неэффективности вышеуказанных схем

назначается:

Терапия 2-й линии:

- квадротерапия: омепразол + классическая терапия (де-нол+амоксациллин(или тетрациклин) + метронидазол - 14 дней

После окончания комбинированной эрадикационной терапии при Хеликобактерном гастрите в течение еще 3-5 недель продолжается терапия Н2блокаторами гистаминовых рецепторов квамател или ранитидин с постепенным снижением дозы на половину еще в течении 1 - 2 недель.

при болях и диспептических явлениях М-жоллиноблокаторы (неселективные-платифиллин и селективные-гастроцепин) в течение 5-7 дней.

- антациды, обволакивающие и вяжущие средства (алмагель, фосфалюгель, маалокс).
- - H₂ блокаторы гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин)
- в фазе ремиссии физиолечение (тепловые процедуры в эпигастральную область).

Лечение хронического атрофического (аутоиммунного или гастрита типа А).

1. Лечебное питание.

Диета 1а, 1б, 1 применяются последовательно при выраженном обострении болезни

При умеренном обострении гастрита назначается диета №1 с последующим переходом на диету № 2.

Сущность этих диет составляет механическое, термическое щажение слизистой оболочки желудка с химическим стимулированием желудочной секреции (мясной, рыбный бульоны с крупами овощами, вареные, запеченные нежирные сорта мяса и птицы, Овощи вареные, тушеные кабачки, картофель, морковь, капуста, фасоль, свекла, кисломолочные продукты, фруктовые и ягодные соки, соусы, пряности, закуски, чай, кофе черный и с молоком, отвары шиповника, черной смородины).

Исключаются трудноперевариваемые, длительно задерживающиеся в желудке продукты и блюда Дробное питание 4-5 раз в день В современной медицинской литературе— нет особых указаний относительно диетического режима при гастритах.

2. Противовоспалительная терапия:

Эрадикационная терапия НР:

В дополнении к Маастрихт-2 Консенсусу(2005) указывается, что эрадикация НР останавливает прогрессирование атрофического гастрита и может привести к регрессии атрофии слизистой желудка, предупреждает риск развития рака желудка.

3. Стимуляторы желудочной секреции:

Пентагастрин (синтетический аналог гастрина)

0,025% - 10 п/к перед едой 1-2 раза в день в течение 2 недель

Цитохром С (ферментный препарат из ткани сердца свиней) 20 мг 4 раза в день за 30 мин до еды в течение 10 дней, 0,25%-4,0 в/м 1 раз в день в течение 3-4 недель

Трентал (метаболический препарат в сочетании с улучшением микроциркуляции) 100 мг по 1-2 таб 3 раза за 30 мин до еды в течение 1-2 мес.

Лимон тар (янтарная и лимонная кислота + стеарат кальция) по 1 таб в Уд. стакана воды за 30 мин до еды 2-3 раза в день

Эуфиллин по 0,15 3 раза в день за 30 мин в течение 3-4 недель

4. Средства заместительной терапии:

Сок желудочный натуральный по 1-2 ст л в 1/2 стакане йоды через трубочку во время еды

Соляная кислота разведенная, флаконы 3%-200,0, по 10-15 кап в 1/2 стакана воды во время еды через трубочку При ахлоргидрии

По 20-40 кап вместе с пепсином (порошки по 0,5-1,0 г). Лимонная кислота, порошок, на кончике ножа в 1/4 стакана воды во время еды. Пепсидил (соляная кислота и гидролизат слизистой оболочки желудка) по 1-2 ст.л. в 1/4 стакана во время еды.

Ацедин-пепсин, таблетки 0,5 по 1 табл. растворив в 1/4 стакана воды во время еды.

Абомин (препарат из слизистой оболочки желудка телят и ягнят), таблетки 0,2, 1 табл. 3 раза в день.

Панцитрат по 1 табл. 3 раза в день. Креон по 1 табл. 3 раза в день.

5. Средства, устраняющие нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки (прокинетики).

Метоклопромид (реглан, церукал) (таблетки 0,01, ампулы 1 мл-0,005%) по 10-20 мг 3-4 раза в день за 15-30 мин до еды, максимальная суточная доза 60 мг. Побочные действия: усталость, сонливость.

Состояние прострации, головная боль, головокружение, экстрапирамидные нарушения (дискинезии, паркинсонизм), периорбитальный отек, галакторея, нарушения менструального цикла, гинекомастия.

Противопоказания: желудочно-кишечные кровотечения, механический илеус, перфорация желудка или кишечника, эпилепсия, экстрапирамидные расстройства, феохромоцитома, беременность, повышенная чувствительность к препарату

Мотилиум (домперидон) (таблетки 0,01)
10-20 мг 3-4 раза в сутки за 15-30 минут до
еды, макс, суточная доза- 60 мг. Побочные
действия: боли в животе, увеличение
концентрации пролактина в крови,
аллергические реакции (кожная сыпь,
крапивница), редко экстрапирамидные
расстройства, галакторея, гинекомастия,
нарушение менструального цикла.
Противопоказания: такие же как у
метоклопромида.

Цизаприд (коордипакс, пропульсид, пропульсин) (таблетки 0,005 и 0,01) 5-10 мг 2-4 раза в сутки за 15-30 мин до еды, максимальная суточная доза 80 мг. Побочные действия: Боли в животе, диспепсические расстройства, диарея, головная боль, головокружение.

Противопоказания: беременность и период кормления грудью.

Но-шпа (амп. 2,0, таб.- 0,04) 2,0 в/м 2 раза в сутки или по 1 таб.2-3 раза день.

Показания: боли спастического характера.

Платифиллин (амп. 0,02%-1,0, таб.- 0,02) 1,0 в/м 2 раза в сутки или по таб.2-3 раза в день. Показания: боли спастического характера.

6. Средства, коррегирующие нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы, кишечного пищеварения и всасывания.

Панкреатин (ферментный препарат из поджелудочной железы убойного скота, таблетки 0,5-1,0) 1 -2 таб. перед едой 3-4 раза.

Ораза (комплекс ферментов - амилаза, мальтаза, протеаза, липаза – из грибковой культуры, гранулы во флаконах), Уг -1 ч.л. 3 раза в день во время или после еды.

Солизим (ферментный липолитический препарат, полученный из грибковой культуры, 1 таб.- 20000 ЛЕ) 1-2 таб. 3 раза в день до или во время еды.

Нигедаза (ферментный препарат растительного происхождения) 1-2 таб. 3 раза в день до или во время еды.

Фестал, энзистал, дигестал (комплексный препарат, содержащий ферменты поджелудочной железы, желчь, гемицеллюлозу) 1-2 таб. 3 раза в день во время еды.

Мезим-форте (препарат, содержащий ферменты поджелудочной железы) 1-2 таб. 3 раза в день до или во время еды.

Креон (10000 единиц) по 1 кап. 3 раза в день или 25000 единиц по 1 кап. 2 раза в день.

Лечение эрозивного гастрита

- при наличии клинических проявлений повышенной кислотопродукции применяют антисекреторные средства (H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов - ранитидин, квамател или блокаторы протонного насоса - омепразол, лансопразол).
- при наличии дискинетического варианта диспепсии - прокинетики (мотилиум или цизаприд или метоклопрамид).
- также применяют пленкообразующие препараты (де-нол, вентер, вентрисол).

при наличии НР, а также при сочетании эрозивного гастрита с бульбитом или дуоденальной язвой показано проведение антихеликобактерной терапии одно"* из вышеуказанных схем.

Лечение химически обусловленного гастрита (гастрита типа С или рефлюкс гастрита).

- Н2-блокаторы гистаминных рецепторов (ранитидин, квамател) в сочетании с прокинетиками (метоююпрамид или мотилиум, или цизаприд), при необходимости антацидные препараты и лечение основного заболевания.

МСЭК

1. **При легком течении гастрита в фазе обострения** (характеризуемого нерезкими болями, невыраженными диспепсическими расстройствами, морфологическими явлениями поверхностного гастрита, без изменений со стороны других органов, с редкими обострениями 1-2 раза в год) – временная нетрудоспособность 3-4 дня.

Противопоказанные условия труда: тяжелый физический труд, контакт с гастротропными ядами, работа без соблюдения режима питания.

2. При среднетяжелом течении гастрита в фазе обострения (характеризуемого более выраженными болевыми и диспепсическими расстройствами, морфологическими явлениями диффузного или антрального гастрита без атрофии слизистой, обострениями 3-4 раза в год) – временная нетрудоспособность 6-7 дней.

Противопоказанные условия труда: экспедиции, ночные смены, контакты с гастротропными ядами, работа в горячем цехе.

При тяжелом течении гастрита (характеризуемого стойким болевым и диспепсическим синдромом, с нарушениями секреторной и моторной функции желудка, астенизацией, анемией, вовлечением в процесс других органов пищеварения – поджелудочной железы, желчных путей, морфологическими явлениями смешанного гастрита с атрофией или гипертрофией желез желудка) – больные нуждаются в госпитализации 16-18 дней.

Вне обострения больные трудоспособны. Противопоказанные условия труда: подъем значительных тяжестей, сверхурочные работы, командировки, ночные смены, контакт с парами кислот и щелочей, работа, связанная с охлаждением, сотрясениями тела. В тех случаях, когда рациональное трудоустройство сопровождается снижением квалификации, МСЭК определяет III группу инвалидности.

Диспансеризация:

Проводится у больных с хроническими атрофическим (смешанным тотальным атрофически-гиперпластическим гастритом) 2 раза в год врачом ГСВ. Диета, режим питания, медикаментозная терапия при обострении, весной, осенью.

ЭГД-скопия – 1-2 раза в год с гистологическим и цистологическим исследованием. При невозможности – Рентгеноскопия желудка.

Фракционные исследования желудочного сока – 1 раз в три года. Анализ крови – 1 раз в год.

У больных с хроническим антральным гастритом диспансеризация проводится 2 раза в год врачом ГСВ. Диета, режим питания, медикаментозная терапия при обострении, весной, осенью. Лечение направлено на замедление дистрофических процессов в желудке. ЭГД-скопия – по показаниям с гистологическим и цистологическим исследованием.

P-скопия желудка в промежутках между гастроскопиями. Фракционное исследование желудочного сока – 1 раз в три года. Анализ крови 2 раза в год. Белковые фракции крови. Иммунологическое исследование по возможности. Гастроэнтеролог, онколог 1 раз в год.

Язвенная болезнь

Язвенная болезнь (ЯБ)-это полиэтиологическое (многофакторное) хроническое, рецидивирующее заболевание, возникающее в результате нарушения взаимоотношения между активностью кислото-пептического фактора и защитными свойствами организма с образованием дефектов слизистой, подслизистой и мышечных слоях желудка и 12-перстной кишки. (синонимы: Пептическая язва)

МКБ 10 –К- 25- язва желудка

к-26-язвенная болезнь 12-перстной

КИШКИ

- Этиологические факторы ЯБ:
Язвенная болезнь 12-перстной кишки -
НР инфекция у более 90-95% больных.
Язвенная болезнь желудка-НР инфекция
у 60-70% больных
- Также др. факторы:
- Лекарственные воздействия.
- Алиментарные факторы.
- Нервно-психические факторы
- Вредные привычки
- Генетические факторы
- Иммунные, гормональные нарушения.

Классификация

по МКБ-10 выделяют:

1. Язвы желудка включая пептическую язву пилорического и других отделов желудка
2. Язва 12-перстной кишки, включая пептическую язву всех отделов 12-перстной кишки
3. Гастроеюнальная язва, включая пептическую язву (анастомоза желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки соустья исключение первичной язвы тонкой кишки).

По этиологии:

- H.Pylori-ассоциированная ЯБ
- H.Pylori-негативная ЯБ
- Стрессовые язвы
- Медикаментозные язвы
- Эндокринные язвы
- Гастродуоденальные язвы при некоторых заболеваниях поджелудочной железы, почек, сосудов сердца

Тяжесть течения язвенной болезни:

1. Легкая форма (легкая степень тяжести) – характеризуется следующими особенностями:
 - Обострение 1 раз в 1-3 года
 - Болевой синдром умеренный, боли купируются за 4-7 дней
 - Язва неглубокая
 - В фазе ремиссии трудоспособность сохранена

2. Форма средней тяжести:

- Рецидивы 2 раза в год
- Болевой синдром выражен, боли купируются в стационаре за 10-14 дней.
- Характерны диспепсические расстройства
- Язва глубокая, часто кровоточит, сопровождается явлениями перигастрита, перидуоденита.

3. Тяжелая форма:

- Рецидивы 2-3 раза в год и чаще
- Боли резко выражены и купируются в стационаре за 2 недели и более.
- Резко выражены диспепсические явления и похудание
- Язва часто осложняется кровотечением, развитием стеноза привратника, перигастритом, перидуоденитом.

Клинические критерии язвы желудка (пептическая язва желудка)

- Чаще средний и пожилой возраст
- Болевой синдром чаще ранние боли, при локализации язвы в антральном, пилорическом отделах голодные, поздние, ночные боли, боли носят сезонный характер
- Диспептические расстройства-непостоянная изжога, отрыжка воздухом, анорексия, похудание, тошнота и рвота не приносящая облегчение иногда рвота виде кофейной гущий.

Клинические критерии язвы 12-перстной кишки (пептические язвы)

- Молодой возраст
- Болевой синдром: голодные, поздние, ночные боли. Боли носит сезонный характер.

- Диспептические симптомы: (постоянная изжога, отрыжка кислым, металлический вкус во рту, тошнота и рвота на высоте более приносящее облегчение). Иногда рвота в виде кофейной гущи. Наклонность к запорам, дегтеобразный стул.
- Вегетивные проявления: усиленное потоотделение, резкая влажность ладоней, красный дермографизм, бессоница, гипотония, брадикардия.
- Объективные признаки (умеренная или выраженная болезненность в эпигастрии, положительный симптом Менделя)

Лабораторные исследования:

Обследование в амбулаторных условиях:

Обязательные лабораторные исследования:

- Общий анализ крови – однократно (при отклонении от нормы исследование повторять 1 раз в 10 дней)
- Группа крови
- Анализ кала на скрытую кровь

Обязательные инструментальные исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной множественной биопсией и щеточным цитологическим исследованием (до лечения через 4 недели в процессе лечения).

Дополнительные исследования:

При подозрении на злокачественную язву при наличии сопутствующих заболеваний (исследование ретикулоцитов, железо сыворотки крови, уреазный тест, определение антител к НР). Консультации специалистов по показаниям.

- При неосложненной форме-ОАК без изменений, при осложненной форме (кровотечении) признаки анемии, положительная реакция Грегерсена, при пенетрации лейкоцитоз
- При сереологическом исследовании – антитела к НР

При рентгенологическом исследовании:

- Прямой признак симптом «ниша»
- Косвенные признаки: задержка бариевой массы вместе язвы
- Задержка бариевой массы вместе язвы
- Задержка или ускорение пассажа бария сульфата из желудка

Дуоденальногастриальной рефлюкс

- Конвергенция складок в местах расположения язвы.
- Недостаточность кардии, желудочно-пищеводный рефлюкс

Эндоскопические исследования

- Позволяет установить локализацию давность язвенного дефекта
- определить формы, размер и стадии развития язвы
- Сроки заживления
- Выявить осложнения
- Оценить антихеликобактерную терапию

Особенности течения ЯБ в пожилом и старческом возрасте:

- Чаще локализуется в желудке
- Чаще встречается на фоне сопутствующих заболеваний
- Стертое и атипичное клинические течения
- Частые, длительные и упорные обострения
- Большие размеры язвы и медленное рубцевание
- Выражен диспептический синдром
- Склонность к осложнениям

Особенности течения ЯБ у подростков, молодом возрасте

- Преимущественно язвы ЛДПК
- Часто протекает латентно или атипично
- Преобладает симптомы нейровегетативных сдвигов
- Выражен диспептический синдром (постоянная изжога, отрыжка кислым)
- Высокая кислотообразующая функция желудка и 12-перстной кишки
- Отсутствие осложнений
- Быстрое заживление

Лечение

- Диета стол 1а, 1б и 1в период обострения, нет доказательств преимуществ диеты в лечении ЯБ
- Устранение стрессовых воздействия
- Отказ от вредных привычек (курения, алкоголя)
- Ульцерогенных лекарственных препаратов

Лечение ЯБ, ассоциированная с НР

- Антихеликобактерная терапия (смотри лекцию лечение хеликобактерного гастрита)
- М – холиноблокаторы (платифилин, гастроцепин)
- Миогенные спазмолитики (но-шпа, папаверин).
- Прокинетики (метоклопрамид, мотилиум)

Лечения ЯБ, не-ассоциированной с НР.

- Блокаторы – протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол)
- H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов (ранитидин, квамател)
- Антациды (алмагель, маалокс и др.)
- М-холиноблокаторы (платифиллин гастроцепин)
- Миогенные спазмолитики (но-шпа , папаверин).
- Прокинетика (метоклопрамид, мотилиум)

Противорецидивное лечение (для профилактики обострений ЯБ)

- Рекомендуется 2 вида лечения:
 - 1- длительная(непрерывная, поддерживающая терапия месяцами, годами) антисекреторными препаратами половиной дозы например: ранитидин 150 мг на ночь, квамател 20 мг на ночь, гастроцепин 50 мг на ночь. Эта терапия показана при осложнениях ЯБ, частых рецидивах, при сопутствующих заболеваниях при наличии язв больших размеров.

2- терапия по требованию (при появлении характерных для обострения ЯБ симптомов возобновляет противоязвенную терапию ранитидином или квамателом, или гастроцепином в течении 3-4 дней полной суточной дозе затем, последующие 2 недели в поддерживающей дозе. Эта терапия проводится при неосложненных формах ЯБ, впервые выявленной ЯБ, при неглубокой язве)

МСЭК:

При легком течении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в период обострения – больничный лист в течение 2-4 недель.

Противопоказанные условия труда: труд со значительным физическим напряжением, ночные смены, длительные командировки, труд, связанный с невозможностью соблюдать режим питания и диету.

Трудоустройство через КЭК на 2-3 месяца послеобострения, инвалидность не наступает.

- **При среднетяжелом течении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки** – больничный лист при обострении индивидуально в пределах 4-6 недель, при перивисцерите до улучшения состояния, при кровотечении – до ликвидации и стабилизации состояния.
- **Противопоказанные условия труда:** труд со значительным и умеренным физическим напряжением, ночные смены, длительные командировки, невозможность соблюдать диету и режим питания, работа в горячих цехах, контакт с онкологическим ядами, общая вибрация.

- **При тяжелом течении язвенной болезни и 12-перстной кишки –** больничный лист до ликвидации и стабилизации состояния. При осложнениях, как правило, оперативное лечение. Длительность временной нетрудоспособности устанавливается с учетом объема операции, течения послеоперационного периода, функции желудочно-кишечного тракта, осложнений в отдаленном периоде. При благоприятном прогнозе долечивание через МСЭК до 6 месяцев. При неблагоприятном прогнозе не более 4 месяцев.

- **Противопоказанные условия труда:** - те же. В послеоперационном периоде в зависимости от исхода. При благоприятном прогнозе все противопоказания носят временный характер и рекомендуются на период выздоровления.
- **При обострении** – трудоустройства через КЭК, в отдельных случаях инвалидность III группы, трудоустройство по рекомендации МСЭК.

- **После операции** – при благоприятном прогнозе трудоустройство в течение 6-12 месяцев. При неблагоприятном прогнозе, осложнениях - инвалидность II, III группы.
- **Профилактика:**
- 1.избегать психического стресса и приема НПВС
- 2.отказ от курения

Постгастрорезекционные расстройства.

Классификация (Alexander-Williams 1990):

- 1.Нарушение опорожнения желудка и транспорта желудочного содержимого и пищевого химуса в обход 12 перстной кишки, в результате резекции пилорического отдела.
- 2.Метаболические нарушения вследствие удаления значительной части желудка.
- 3.Заболевания, к которым имелась предрасположенность до операции.

Диспансеризация:

- При язвенной болезни желудка (включая пептическую язву пилорического и других отделов желудка) проводится 4 раза в год. ЭГД-скопия 1-2 раза в год, при обострении и 1 мес. после лечения – по показаниям. Биопсия из 3-6 участков язвы с гистологическим и цитологическим исследованием.

- При показаниях биопсия из рубца. Общий анализ крови – 2 раза в год. Общий анализ мочи – 1 раз в год. Анализ крови на скрытую кровь – 2 раза в год. Анализ желудочкового сока – 2 раз в три года. Сахар крови – 1 раз в год. Иммунологическое исследование – по возможности. Консультация гастроэнтеролога, хирурга, онколога по показаниям. При язвенной болезни 12-перстной кишки диспансеризации проводится 4 раза в год.

- ЭГД-скопия с биопсией – 1 раз в год.
Общий анализ крови – 2 раза в год.
Анализ крови на скрытую кровь – 2 раза в год.
Р-скопия желудка по показаниям.
Консультация гастроэнтеролога,
хирурга, онколога по показаниям.