

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

НИР по производственной практике

«Помощник врача стационара»

На тему: «Гастриты. Этиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Лечение.»

Выполнила : Небыкова Т.В.


Студентка 4 курса 9 группы

Педиатрического факультета

Проверил: к.м.н.доцент

Ягулов П.Р.

Волгоград, 2018 г

4 

Содержание

Введение.....	1
Этиология и патогенез.....	2
Классификация.....	4
Клинические проявления.....	4
Осложнения.....	5
Диагностика.....	6
Лечение.....	7
Профилактика.....	8
Заключение.....	9
Список литературы.....	10

Введение

Гастрит - это распространенное заболевание желудка, в основе которого лежит нарушение его функций в результате воспаления слизистой оболочки. Острый гастрит возникает вследствие грубых нарушений питания (прием недоброкачественной пищи, крепких алкогольных напитков в больших количествах или их суррогатов), непереносимости определенных пищевых продуктов и лекарственных средств, присутствия в пище болезнетворных микроорганизмов и др. Для острого гастрита характерны относительно быстро возникающие неприятные вкусовые ощущения, тяжесть, распирающие в подложечной области, повышенное слюноотделение, тошнота, рвота с непереваренными остатками пищи, кислым (потом горьким) вкусом во рту, иногда диарея, общая слабость, головокружение, в тяжелых случаях - коллапс. При тяжелой форме острого гастрита также может дойти до кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки.

Хронический гастрит - сложное по природе заболевание, вызванное изменениями слизистой оболочки желудка и нарушениями секреции соляной кислоты. У больных хроническим гастритом, наряду с неприятными и болевыми ощущениями, желудочными и кишечными расстройствами, вызываемыми приемом пищи или нервными нагрузками, часто отмечаются раздражительность, повышенная утомляемость, общая слабость, снижение артериального давления. Примерно около 50% и даже

больше трудоспособного населения развитых стран страдает данным заболеванием, причем с возрастом заболеваемость заметно увеличивается. Покров слизи защищает слизистую оболочку от самопереваривания. Возбуждающие средства, типа никотина, алкоголя или крепкого кофе, а также некоторые болеутоляющие и антиревматические медикаменты, могут нарушить эту самозащиту. Последние исследования показывают, что в появление гастрита важную роль играет сравнительно недавно открытая бактерия - *Helicobacter pylori*.

Этиология и патогенез

Острый гастрит - полиэтиологическое заболевание, обусловленное химическими, механическими, термическими и бактериальными причинами. Патогенез сводится к дистрофически-некробиотическому повреждению поверхностного эпителия и железистого аппарата слизистой оболочки желудка и развитию в ней воспалительных изменений. Воспалительный процесс может ограничиваться поверхностным эпителием слизистой оболочки или распространяться на всю толщу слизистой оболочки, интерстициальную ткань и даже мышечный слой стенки желудка. Острый гастрит часто протекает как острый гастроэнтерит или острый гастроэнтероколит. Различают простой (банальный, катаральный), коррозийный и флегмонозный гастрит.

Гастрит простой встречается наиболее часто. Причиной экзогенного гастрита являются погрешности в питании, пищевые токсикоинфекции, раздражающее действие некоторых лекарств (салицилаты, бутадиион, бромиды, наперстянка,

антибиотики, сульфаниламиды), пищевая аллергия (на землянику, грибы и др.) и т. д. Эндогенный острый гастрит возникает при острых инфекциях, нарушениях обмена веществ и массивном распаде белков (при ожогах ч пр.). Острое раздражение желудка может развиваться при тяжелых радиационных поражениях.

При катаральном гастрите имеют место инфильтрация лейкоцитами поверхностного, местами дистрофически, некробиотически измененного эпителия, а также признаки воспалительной гиперемии.

Классификация гастритов

- **Острый:**
 - – катаральный;
 - – эрозивный;
 - – флегмонозный
- **Хронический:**
 - – тип А;
 - – тип В;
 - – тип С
- **Секреторная функция:**
 - – нормальная;
 - – повышенная;
 - – пониженная
- **Диагностика:**
 - – ЭГДС;
 - – биопсия слизистой (для выявления *Helicobacter pylori*);
 - – рН-метрия;
 - – исследование уровня гастрина

Хронический гастрит

Критерии	Тип А	Тип В
Морфологические: – преимущественная локализация; – воспалительная реакция; – развитие атрофии эпителия; – эрозии	Дно, тело желудка Слабо выражена Первичное Редко	Анtrum Выражена Вторичное Часто
Иммунологические: – инфекционный фактор (<i>H. pylori</i>); – наличие антител к <i>H. pylori</i> ; – антитела к париетальным клеткам; – антитела к внутреннему фактору	Нет Нет Есть Есть	Есть Есть Нет Нет
Клинические: – выраженная гастринемия; – гипоацидность; – развитие В ₁₂ -анемии – сочетание с язвенной болезнью – малигнизация	Есть Выраженная Есть Редко Крайне редко	Нет Любой тип секреции Нет В 100% случаев Часто

Клинические проявления

Симптоматика болезни напрямую зависит от его клинической и патоморфологической формы, от характера: острого либо хронического.

Острый Гастрит с последующей хронизацией имеет разнообразную клиническую симптоматику, способен протекать вовсе бессимптомно.

Наиболее яркое клиническое проявление острой формы патологии – выраженный болевой синдром в области живота. Боль способна усиливаться от приема избранных продуктов, лекарственных препаратов, напитков. Особенно ярко проявляются продукты, обладающие агрессивным воздействием на слизистую оболочку желудка. Они вызывают симптомы острого гастрита желудка.

В отдельных случаях боль усиливается натощак в перерывах между приемами пищи. При болезни необходимо исключить из рациона продукты, провоцирующие обострение – острые, соленые, жирные блюда и крепкие напитки. Пациент четко указывает место локализации боли.

Важными и частыми признаками признаны отрыжка и изжога. Первые симптомы заболевания способны проявиться не сразу. Пациентов часто мучают тошнота и рвота. Иногда воспаление сопровождается дополнительными признаками в виде метеоризма и вздутия живота.

Хронический гастрит с нехарактерной стертой симптоматикой диагностируется труднее и отличается большим разнообразием клинических признаков. В ряде случаев на протяжении значительного отрезка времени болезнь способна протекать скрытно. Признаки не проявляются, кроме нерегулярного стула, вздутия кишечника. На языке появляется налет в виде беловатой пленки. В период ремиссии живот практически не болит. Пациент отмечает повышенную утомляемость, слабость и раздражительность. В животе постепенно учащается боль, урчание и переливание. В перерывах между приемами пищи симптоматика усиливается. Признаки хронического гастрита бывают не выражены в период ремиссии и выступают на первый план при обострении.

Боль в желудке носит название гастралгии. Симптом важнейший. Ощущения могут носить режущий или колющий характер, жгучий или тупой или давящий

Осложнения

- 1 Язвенная болезнь (слизистая изъязвляется, возникает риск кровотечения, пенетрации стенки желудка)
- 2 Очаг может озлокачествляться, и результатом может быть аденокарцинома стенки желудка, либо опухоль лимфоидной ткани.
- 3 Полипоз желудка
- 4 Желудочные кровотечения
- 5 железо- и В12-дефицитная анемия



Гастрит и его осложнения

Диагностика

Установление клинического диагноза основывается на определении типа хронического гастрита, оценке степени распространенности морфологических признаков заболевания, наличии и выраженности нарушений функции желудка.

Этапы диагностики хронического гастрита:

- **Клиническая диагностика** — анализируются жалобы больного, анамнез, данные осмотра пациента, высказывается предположительный диагноз и составляется рациональный план инструментального обследования.
- **Эндоскопическая диагностика с обязательной биопсией** — уточняется наличие *Helicobacter pylori*, характер и локализация изменений слизистой оболочки желудка, наличие предраковых изменений слизистой оболочки желудка. Для биопсии берётся не менее чем 5 фрагментов (2 — из антрального отдела, 2 — из тела желудка, 1 — из угла желудка).
- **Лабораторная диагностика** — клинический анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, клинический анализ кала, анализ кала на скрытую кровь, выявление инфекции *Helicobacter pylori*.
- **Ультразвуковое исследование** печени, поджелудочной железы, желчного пузыря — для выявления сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

- **Внутрижелудочная рН-метрия** — определение состояния секреции и диагностика функциональных нарушений при кислотозависимых заболеваниях ЖКТ.
- **Электрогастроэнтерография** — исследование моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта с целью определения дуоденогастрального рефлюкса.
- **Манометрия верхних отделов желудочно-кишечного тракта**, с помощью которой определяется наличие или отсутствие рефлюкс-гастрита (в норме в двенадцатиперстной кишке давление 80-130 мм вод. ст., у пациентов с рефлюкс-гастритом оно повышено до 200—240 мм вод. ст.).
- **Диагностика** любого вида гастрита должна обязательно включать в себя консультации таких врачей, как гастроэнтеролога и эндоскописта.
- **Дифференциальный диагноз** гастритов проводится с функциональной диспепсией, язвенной болезнью желудка и
- ДПК, раком желудка. Схожую симптоматику могут иметь инфаркт миокарда, острый холецистит и панкреатит, гастроэнтериты и травмы органов брюшной полости.

Лечение

Как правило амбулаторное, без больничного.

Показания к госпитализации:

Наличие осложнений.

Необходимость дифференциального диагноза, прежде всего - с раком желудка.

Лечение зависит от секреторной активности, фазы заболевания, при эндо- от основного заболевания.

Принципы диеты: механическое, химическое, температурное щажение; питание 4-5 раз в день. Прием пищи в строго щадящего питания вредно - инвалид от диеты. При секреторной недостаточности стол N 2 имеет достаточное сокогонное действие. При сохраненной и повышенной секреции - стол N 1. При обострении - 1-Б.

Существует 9 основных групп лекарств:

- При секреторной недостаточности: натуральный желудочный сок по 1 ст. Ложке во время еды. Разводить НС1 по 10-15 капель в 1/4 стакана воды во время еды. Ацедин-пепсин - 1 таб. Растворить в 1/2 стакане воды, также во время еды.

- Ферментативные препараты: панкреатин, фестал, панзинорм, холензим, мексаза и др.

- Спазмолитики: холинолитики (при гиперсекреции): платифилин, метацин, атропин, миотропные (галидор, но-шпа, папаверин).

- Антациды: при повышенной секреции, при полородуодените: альмагель, смесь Бурже (ее состав: Na бикарбонат 8.0, Na фосфат 4.0, Na сульфат 2.0 - в 0,5 л воды) - пить в течение дня. Викалин, викаир, альмагель через 1 и 2,5 часа после приема пищи по 1-2 столовые ложки (при 3-х разовом питании) + 1 ложку перед сном, всего 7 ложек в сутки.

- Горечи, используют для улучшения аппетита, часто при пониженной секреторной активности: аппетитный чай, гранатовый сок, корень одуванчика (по 1 чайной ложке на стакан кипятка, настаивать 20 мин., охладить, процедить и по 1/4 стакана за 30 мин до еды).
- Противовоспалительные. Самый лучший - Де-Нол.
- Средства, улучшающие регенерацию: витамины, метацил, пентоксил, облепиховое масло по 1 чайной ложке в 3 раза в день, нерабол, ретаболил.
- Глюкокортикоиды, применяются в основном при пернициозной анемии.
- Антибактериальная терапия: метанидазол, амоксицилин, препараты налидиксовой кислоты.
- Физиотерапия с большой осторожностью: абсолютно нельзя при малейшем подозрении на малигнизацию

Профилактика

Для профилактики и лечения гастрита рекомендуется:

- не пить воду во время еды. Истинная жажда появится спустя 2 - 3 ч после приема пищи. Утолять жажду надо небольшими порциями и только пресной водой. Фруктовые воды, соки, натуральные сочные фрукты, квас - все это еда, а не питье;
- никогда не употреблять после приема пищи десерты, фрукты, сладости, выпечку. В это время они вредны и не только не принесут пользы, но и приведут к брожению всего, что вы до этого съели.

Народные средства и фитотерапия при гастрите

- Зеленые сорта яблок вымыть, натереть на мелкой терке. В течение 4 - 5 ч до и после приема яблок не есть и не пить.

Если вам трудно начинать прием пищи в полдень, можете, есть тертые зеленые яблоки в 8 ч, а в 12 (через 4 ч) приступать к другой еде. На ночь при гастрите, яблоки есть не следует, так как это вызовет брожение и газообразование. Можно есть яблоки между завтраком и обедом, в полдник (17 ч), от ужина лучше отказаться или ограничить его кислым молоком, или орехами с зеленью, или семечками в очень небольшом количестве.

При гастрите с повышенной кислотностью:

Для снижения кислотности очень полезно употреблять свежеприготовленный сок моркови сорта каротель натоцак по 1/2 стакана 1 раз в день.

Внимание! При гастрите с повышенной кислотностью противопоказан томатный сок, а при острых и хронических гастритах - свежие огурцы.

При гастрите с пониженной кислотностью:

1.2 ч. л. измельченных листьев мяты (можно сныти, трилистника, моркови тертой или ее зелени) залить кипятком и пить в течение суток вместо чая.

2. Включить в пищевой рацион тыкву, кабачки или их соки.

3. Сок сырой капусты принимать по 1/2 стакана до еды.

Заключение

Хронический гастрит иногда является результатом дальнейшего развития острого гастрита, однако чаще развивается под влиянием

различных факторов (повторные и длительные нарушения питания, употребление острой и грубой пищи, пристрастие к горячей пище, плохое разжевывание, еда всухомятку, употребление крепких спиртных напитков). Причиной хронического гастрита могут быть качественно неполноценное питание (особенно дефицит белка, железа и витаминов); длительный бесконтрольный прием медикаментов, обладающих раздражающим действием на слизистую оболочку желудка (салицилаты, бутадион, преднизолон, некоторые антибиотики, сульфаниламиды и др.); производственные вредности (соединения свинца, угольная, металлическая пыль и др.); заболевания, вызывающие кислородное голодание тканей (хроническая недостаточность кровообращения, анемия); интоксикации при заболеваниях почек подагре (при которых слизистой оболочкой желудка выделяются мочевины, мочевая кислота, индол, скатол и др.); действие токсинов при инфекционных заболеваниях. В 75% случаев хронический гастрит сочетается с хроническим холециститом, аппендицитом, колитом и другими заболеваниями органов пищеварения.

Наиболее частыми симптомами хронического гастрита являются ощущение давления и распирающего в подложечной области после еды, изжога, тошнота, иногда тупая боль, снижение аппетита, неприятный вкус во рту. Чаще всего кислотность желудочного сока снижается. В молодом возрасте преимущественно у мужчин кислотность желудочного сока может быть нормальной и даже повышенной. Характерны боль, нередко изжога, отрыжка кислым,

ощущение тяжести в подложечной области после еды, иногда — запоры.

Список использованной литературы

- 1 Клинические лекции по гастроэнтерологии и гептологии / Под редакцией А. В. Калинина, А. И. Хазанова, в 3-х томах. Том 1. Общие проблемы гастроэнтерологии. Болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. / М., ГИУВ МО РФ, Главный клинический госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко. 348 с., илл
 - а. 2↑^{1 2} *Маев И. В., Дичева Д. Т., Лебедева Е. Г.* Возможности антацидов в лечении хронического гастрита - www.gastroscan.ru/literature/authors/4518 // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2010. — № 10. — С. 87-92.
- 3 *Лापина Т. Л.* Эрадикационная терапия инфекции *Helicobacter pylori* - w↑^{1 2} *Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Лапина Т. Л. и др.* Диагностика и лечение функциональной диспепсии. Гл. 3. Функциональная диспепсия и хронический гастрит - www.gastroscan.ru/literature/authors/4530#03 / Методические рекомендации для врачей. М.: Российская гастроэнтерологическая ассоциация, 2011. — 28 с.
- 4 www.gastroscan.ru/literature/authors/2222.
- 5 Берез, Виктор Гастрит, дуоденит / Виктор Берез. - М.: ИГ "Весь", 2016. - 214 с.

- 6 Бецкой, А. С. Гастрит и язва желудка. Профилактика и лечение / А.С. Бецкой. - М.: Феникс, 2013. - 160 с.
- 7 Минина, Татьяна Дмитриевна Гастрит и язвенная болезнь. Современный взгляд на лечение и профилактику / Минина Татьяна Дмитриевна. - М.: Весь, 2014. - 834 с.
- 8 Астахов В.А. Лечение гастрита // Здоровье – 2000 - №3 – С.14-15
- 9 Бровицкий А.С. Виды, симптомы, лечение гастрита // Здоровье, 2000 - №2-С.15
- 10↑^{1 2} *Ивашкин В. Т., Шентулин А. А., Лапина Т. Л. и др.* Диагностика и лечение функциональной диспепсии. Гл. 3. Функциональная диспепсия и хронический гастрит - www.gastroscan.ru/literature/authors/4530#03 / Методические рекомендации для врачей. М.: Российская гастроэнтерологическая ассоциация, 2011. — 28 с.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __9__ группы

Небыкова Татьяна Владимировна

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо» (4).



(подпись)