

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему

«Гастриты. Этиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Лечение.»

**Выполнила:**

Студентка 4 курса 5 группы

педиатрического факультета

Новокщенова Наталья Владимировна

4 

Волгоград 2018г.

## **Содержание:**

|  |    |
|--|----|
| 1. Введение (актуальность, цели, задачи).....      | 3  |
| 2. Коды по МКБ.....                                | 4  |
| 3. Определения.....                                | 4  |
| 4. Классификация.....                              | 5  |
| 5. Этиология и патогенез.....                      | 8  |
| 6. Клиника.....                                    | 10 |
| 7. Диагностика и дифференциальная диагностика..... | 12 |
| 8. Осложнения.....                                 | 16 |
| 9. Лечение.....                                    | 17 |
| 10. Заключение.....                                | 24 |
| 11. Список использованной литературы.....          | 25 |

## **Введение**

### **Актуальность:**

Проблема гастрита является одной из наиболее актуальных в современной гастроэнтерологии. Имеются данные, указывающие, что патологический процесс не ограничивается желудком, а, как правило, захватывает и двенадцатиперстную кишку, что подтверждает обоснованность использования термина «гастродуоденит».

Практически половина населения Земли страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Статистика убедительно показывает, в структуре желудочно-кишечных заболеваний гастрит составляет более 80%. На сегодняшний день этим серьёзным заболеванием страдают не только взрослые, но и дети школьного возраста. Самая распространенная причина возникновения гастрита - неправильный режим питания: поспешная еда, не разжеванная пища или еда всухомятку; употребление слишком горячей или слишком холодной пищи; употребление в пищу пикантных блюд (преимущественно острой и очень соленой пищи). Чаще всего заболевания развиваются у людей, находящихся в состоянии нервно-психического напряжения, пренебрегающих здоровым питанием, злоупотребляющих алкоголем и курением. В России статистика в отношении разных форм гастритов отсутствует. В тех странах, где такая статистика имеется, хронический гастрит фиксируется у 80-90 % больных гастритами. При этом, наиболее опасная форма гастрита, относящаяся к так называемым «предраковым состояниям», - атрофический гастрит обнаруживается у пациентов моложе 30 лет в 5 % случаев, у пациентов в возрасте от 31 до 50 лет - в 30 % случаев, у пациентов старше 50 лет - в 50-70 % случаев.

## **Цели :**

Целью данной научно-исследовательской работы является детальное изучение такой патологии, как гастриты, их этиологии, патогенеза, клинических проявлений, осложнения, а также изучение лечения гастритов.

## **Задачи:**

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить :

- Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, , лечение и профилактику острого гастрита.
- Классификацию, этиологию, патогенез, клинику, диагностику, , лечение и профилактику хронического гастрита.

## **Коды по МКБ-10**

К 29.3 Хронический поверхностный гастрит

К 29.4 Хронический атрофический гастрит

К 29.9 Хронический аутоиммунный гастрит

## **Определения**

*Хронические гастриты* – группа хронических заболеваний, морфологически характеризующиеся воспалительными и дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка и разнообразными клиническими признаками.

*Хронический поверхностный гастрит* – воспаление СОЖ, вызванное *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), с расстройствами секреторной, моторной и инкреторной функций желудка, гистологически проявляющееся клеточной инфильтрацией.

*Хронический атрофический гастрит* – характеризуется функциональной и структурной перестройкой с дистрофическими процессами в СОЖ, прогрессирующей атрофией с утратой желудочных желез и замещением их метаплазированным эпителием и/или фиброзной тканью.

Различают атрофический гастрит:

- аутоиммунный
- мультифокальный

*Неатрофический* (поверхностный, антральный) и атрофический (мультифокальный) варианты хронического гастрита рассматриваются как стадии одного патологического процесса, возникающего в результате инфицирования СОЖ инфекцией *H. pylori*. Хронический аутоиммунный гастрит часто сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями, сахарным диабетом 1-го типа, аутоиммунным тиреоидитом, пернициозной анемией.

### **Классификация**

Общепринятой клинической классификацией является Хьюстенская модификация Сиднейской системы классификации хронических гастритов, 1996 г

| <b>Тип гастрита</b>       | <b>Этиологические факторы</b>                | <b>Синонимы (прежние классификации)</b>   |
|---------------------------|--|---|
| Неатрофический            | <i>Helicobacter pylori</i><br>Другие факторы | Поверхностный<br>Хронический антральный<br>Гастрит типа В<br>Гиперсекреторный гастрит |
| Атрофический аутоиммунный | Иммунные механизмы                           | Гастрит типа А<br>Диффузный гастрит тела  |

|                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
|                                 |   | желудка, ассоциированный с В <sub>12</sub> -дефицитной анемией и с пониженной секрецией |
| Атрофический<br>мультифокальный | Helicobacter pylori<br>Нарушения питания<br>Факторы среды                               | Смешанный гастрит<br>типа А и В   |
| Особые формы                    |   |   |
| Химический                      | Химические<br>раздражители:<br>Желчь (ДГР)<br>Приём НПВП                                | Реактивный гастрит типа С<br><br>Реактивный рефлюкс-гастрит                             |
| Радиационный                    | Лучевое поражение   |   |
| Лимфоцитарный                   | Идиопатический<br>Иммунные механизмы<br>Глютен  | Гастрит, ассоциированный с целиакией  |
| Гранулематозный                 | Болезнь Крона<br>Саркоидоз<br>Гранулематоз Вегенера<br>Инородные тела<br>Идиопатический | Изолированный гранулематоз  |
| Эозинофильный                   | Пищевая аллергия<br>Другие аллергены  | Аллергический   |
| Другие<br>инфекционные          | Бактерии (кроме<br>Helicobacter pylori)<br>Грибы, Паразиты                              |   |
| Гигантский<br>гипертрофический  | Болезнь Менетрие  |   |

Описание морфологических изменений дополняются характеристикой эндоскопических категорий гастритов:

- эритематозный/экссудативный гастрит (поверхностный гастрит);
- плоские эрозии;
- приподнятые эрозии;
- геморрагический гастрит;
- гиперпластический гастрит;
- гастрит, сопровождающийся дуоденогастральным рефлюксом (ДГР) - рефлюкс- гастрит.

Для оценки гистологической выраженности атрофии и воспаления применяется новая система оценки гастрита OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment).

Классификация атрофического гастрита (OLGA 2007 г.

| Анtrum | Тело       |             |             |             |
|--------|------------|-------------|-------------|-------------|
|        | 0          | I           | II          | III         |
| 0      | Степень 0  | Степень I   | Степень II  | Степень II  |
| I      | Степень I  | Степень II  | Степень II  | Степень III |
| II     | Степень II | Степень II  | Степень III | Степень IV  |
| III    | Степень II | Степень III | Степень IV  | Степень IV  |

Интегральный показатель стадии гастрита в системе OLGA

|        |      |
|--------|------|
| Анtrum | Тело |
|--------|------|

|     | 0         | I          | II         | III        |
|-----|-----------|------------|------------|------------|
| 0   | Стадия 0  | Стадия I   | Стадия II  | Стадия II  |
| I   | Стадия I  | Стадия II  | Стадия II  | Стадия III |
| II  | Стадия II | Стадия II  | Стадия III | Стадия IV  |
| III | Стадия II | Стадия III | Стадия IV  | Стадия IV  |

В каждом столбце атрофия показана по четырехуровневой шкале (0-3) в соответствии с визуальной аналоговой шкалой модифицированной Сиднейской системы классификации гастрита. Под степенью гастрита подразумевается выраженность суммарной воспалительной инфильтрации (нейтрофильными лейкоцитами и мононуклеарными клетками), под стадией — выраженность атрофии.

В зависимости от клинических проявлений и характера повреждения слизистой оболочки желудка рассматривают следующие типы острого гастрита:

- *Катаральный* гастрит.
- *Фибринозный* гастрит.
- *Коррозийный* гастрит.
- *Флегмонозный* гастрит.

### **Этиология и патогенез**

#### **Острых гастритов:**

- *Катаральный* гастрит является чаще всего следствием пищевых отравлений и неправильного питания. Характеризуется



инфильтрацией лейкоцитов в слизистую оболочку желудка, воспалительной гиперемией, дистрофическими изменениями эпителия.

- *Фибринозный* гастрит возникает при отравлении кислотами, сулемой или при тяжёлых инфекционных заболеваниях. Проявляется дифтеритическим воспалением слизистой оболочки желудка.
- *Коррозийный* возникает из-за попадания в желудок концентрированных кислот или щёлочей, солей тяжёлых металлов. Характеризуется некротическими изменениями тканей желудка.
- *Флегмонозный* гастрита возникает вследствие травмы и осложнения после язвенной болезни или рака желудка, некоторых инфекционных болезней. Характеризуется гнойным расплавлением стенки желудка и распространением гноя по слизистому слою.

### **Хронических гастритов:**

Основными экзогенными этиологическими факторами, способствующими возникновению хронического гастрита, являются:

- наиболее существенный — заражённость желудка *Helicobacter pylori* и, в меньшей степени, другими бактериями или грибами;
- нарушения питания;
- вредные привычки: алкоголизм и курение;
- длительный приём лекарств, раздражающих слизистую оболочку желудка, в особенности, глюкокортикоидных гормонов и нестероидных противовоспалительных препаратов, ацетилсалициловой кислоты;
- воздействие на слизистую радиации и химических веществ;
- паразитарные инвазии;
- хронический стресс.

Эндогенными факторами, способствующими возникновению хронического гастрита, являются:

- генетическая предрасположенность;
- дуоденогастральный рефлюкс;
- аутоиммунные процессы, повреждающие клетки желудка
- эндогенные интоксикации;
- гипоксемия;
- хронические инфекционные заболевания;
- нарушения обмена веществ;
- эндокринные дисфункции;
- недостаток витаминов;
- рефлекторные воздействия на желудок от других поражённых органов.

### **Клиника**

Гастрит клинически проявляется как местными, так и общими расстройствами .

*Местные* расстройства характеризуются симптомами диспепсии (тяжесть и чувство давления, полноты в подложечной области, появляющиеся или усиливающиеся во время еды или вскоре после еды, отрыжка, срыгивание, тошнота, неприятный привкус во рту, жжение в эпигастрии, нередко изжога, которая говорит о нарушении эвакуации из желудка и забросе желудочного содержимого в пищевод).

При хроническом антральном поверхностном *H.pylori*- ассоциированном гастрите возможны «язвенноподобный» вариант диспепсии (тупые боли в эпигастрии/или в пилородуоденальной зоне» или дискинетический вариант «желудочной диспепсии» - чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота.

В анамнезе: отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии (ГДП). Нарушение режима питания, сухоедение злоупотребление

острой, копченной и жареной пищи, газированных напитков. При пальпации живота умеренная болезненность в эпигастральной и в пилородуоденальной области, метеоризм.

При хроническом атрофическом мультифокальном гастрите возможны симптомы «желудочной диспепсии» - чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота. В анамнезе длительное течение хронического антрального поверхностного *H. pylori*-ассоциированного гастрита. При осмотре "полированный" язык, или обложенный густым белым налетом. При пальпации живота умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области.

При аутоиммунном атрофическом – симптомы В-12- дефицитной анемии и могут быть симптомы «желудочной диспепсии». Наличие аутоиммунных заболеваний (аутоиммунный тиреоидит, гипо-или гиперфункция щитовидной и паращитовидных желез, СД I типа, аутоиммунная (пернициозная) анемия). Признаки авитаминоза, глоссит, фуникулярный миелоз, симптомы анемии, гепатомегалия, реже – спленомегалия.

*Общие расстройства могут проявляться следующими синдромами:*

Слабостью, раздражительностью, нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы — кардиалгии, аритмии, артериальной неустойчивостью;

у пациентов с атрофическим хроническим гастритом может развиваться симптомокомплекс, схожий с демпинг-синдромом (внезапная слабость, бледность, потливость, сонливость, возникающие вскоре после еды), иногда сочетающихся с расстройствами кишечника, с императивным позывом к стулу. У пациентов с хроническим гастритом тела желудка и развитием В12-дефицитной анемии появляются слабость, повышенная утомляемость, сонливость, наблюдается снижение жизненного тонуса и утрата интереса к жизни; возникают боли и жжение во рту, языке, симметричные парестезии в

нижних и верхних конечностях. У пациентов с *Helicobacter pylori*-ассоциированным антральным хроническим гастритом с повышенной кислотностью возможно развитие язвенноподобных симптомов, свидетельствующих о возможном предязвенном состоянии.

### **Диагностика и дифференциальная диагностика**

Помимо сбора жалоб и анамнеза (описано выше) проводят ряд исследований:

Лабораторные исследования - тест на *H.pylori*: быстрый уреазный тест в биоптатах СОЖ. Взятый при эндоскопии биоптат помещается в специальный раствор с содержанием мочевины и при добавлении индикатора происходит изменение цвета от слабо розового до темно-красного при наличии *H. pylori*.

Фиброзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией:

- При поверхностном антральном *H. pylori* ассоциированном гастрите – гиперемия, геморрагии ОЖ .
- При атрофическом мультифокальном и аутоимунном гастритах – бледность и истончение СОЖ, просвечивание сосудов Гистологическое и цитологическое исследование биоптата.
- При поверхностном антральном *H. pylori* ассоциированном гастрите – нейтрофильная инфильтрация межэпителиальных пространств.
- При атрофических гастритах – атрофия железистого аппарата, кишечная метаплазия эпителия.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- ОАК – по показаниям;
- определение сывороточного железа в крови – при анемии;
- анализ кала на скрытую кровь – при анемии;

- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы – по показаниям (при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите и/или при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы);
- биохимические анализы крови: общий билирубин и его фракций, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкозы, амилазы – (при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите и/или при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы);
- Определение антител к париетальным клеткам – при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите;
- Определение в крови уровня гастрина-17 и пепсиногена I (ПГ I) и пепсиногена II (ПГ II) - при мультифокальном атрофическом гастрите;
- интрагастральная рН-метрия – при тяжелой степени атрофического гастрита;
- рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием – по показаниям (при пилоростенозе, наличии противопоказаний к эндоскопическим исследованиям и отказе пациента от ФЭГДС).

Показания для консультации узких специалистов:

Хронический мультифокальный атрофический гастрит - при гистологической картине кишечной метаплазии 2 типа и дисплазия слизистой оболочки желудка- онколог.

Хронический аутоиммунный атрофический гастрит - при гематологической картине В12 анемии – при неврологической симптоматике – гематолог, невропатолог.

Дифференциальная диагностика:

| Нозологии  | Характеристика симптомов                         | Диагностические исследования   | Клинические критерии   | Лабораторно-инструментальные признаки  |
|--|--|--|--|--|
| Хронический мультифокальный атрофический гастрит | гистологические признаки кишечной метаплазии СОЖ | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ на <i>H.pylori</i> , гастропанель: гастрин-17, ПГ-I             | Ведущим является синдром диспепсии, в отличие от гиперацидного гастрита, где преобладает болевой синдром. При осмотре: «полированный язык», при обострениях – язык обложен густым белым налетом. При пальпации живота болезненность отсутствует. | В крови: <ПГ-I и >уровня гастрина; ФГДС – признаки атрофии СОЖ; Гистология: Атрофия железистого эпителия, КМ, незначительное количество <i>H.pylori</i> в СОЖ, минимальная активность воспаления |
| Хронический аутоиммунный атрофический гастрит    |  | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования гастробиоптатов, тесты на <i>H.pylori</i> , АПК, определение ПГ-I и гастрин-17 | Преобладает клиника В12-дефицитной анемии и неврологические симптомы (парестезии нижних конечностей)   | ОАК: <ретикулоцитов (ниже 0,5%); <тромбоцитов и лейкоцитов, анизо- и пойкилоцитоз, кольца Кебота, тельца Жолли, нормобласты  |

|                                |  |  |   |   |
|--------------------------------|--|--|---|---|
|                                |  |  |   | <p>В крови:<br/>         &lt;ПГ-Ии<br/>         &gt;уровня<br/>         гастрина;<br/>         В БХА крови<br/>         &gt; уровня<br/>         ЛДГ, &lt;ЩФ,<br/>         &gt;уровня<br/>         непрямого<br/>         билирубина.<br/>         Наличие<br/>         АПК.<br/>         ФГДС –<br/>         признаки<br/>         атрофии<br/>         СОЖ;<br/>         Гистология:<br/>         Атрофия<br/>         железистого<br/>         эпителия,<br/>         КМ<br/>         Секреция<br/>         прогрессивно<br/>         снижается<br/>         вплоть до<br/>         ахлоргидрии.</p> |
| Язвенная<br>болезнь<br>желудка |  | <p>ОАК, ФЭГДС,<br/>         гистологические<br/>         исследования<br/>         биоптатов,<br/>         Диагностика<br/>         H.pylori<br/>         Рентгенограмма<br/>         – при<br/>         пилоростенозе</p> | <p>Симптомы<br/>         желудочной и<br/>         кишечной<br/>         диспепсии; боли<br/>         в эпигастрии<br/>         «ранние» через<br/>         1-1,5 час после<br/>         еды, плохой<br/>         аппетит, потеря<br/>         веса</p> | <p>ФГДС -<br/>         Язвенный<br/>         дефект<br/>         окруженный<br/>         воспалительн<br/>         ым валом, +<br/>         реакция на<br/>         скрытую<br/>         кровь в кале,<br/>         ЖДА<br/>         Интрагастрал<br/>         ьная рН-<br/>         метрия –<br/>         гипо- или<br/>         нормохлорги<br/>         дрия</p>   |
| Аденокарци                     |  | ОАК, ФЭГДС,  | Симптомы  | Анемия  |

|                           |  |  |   |   |
|---------------------------|--|--|---|---|
| <p>анемия<br/>желудка</p> |  | <p>гистологические исследования гастробиоптатов, Диагностика <i>H. pylori</i><br/>Кал на скрытую кровь</p> | <p>желудочной и кишечной диспепсии; Анорексия, отвращение к мясу, потеря веса (до кахексии)</p> | <p>гипохромная. &gt; СОЭ<br/>ФГДС – опухоль.<br/>Гистология – дисплазия и атипичные клетки.<br/>Интрагастральная рН-метрия - ахлоргидрия; Положительная реакция на скрытую кровь в кале</p> |
|---------------------------|--|--|---|---|

### Осложнения

1. Трансформация в рак.
2. Железодефицитная анемия (в 5-10% случаев), В<sub>12</sub>-, фолиеводефицитная анемия.
3. Образование язв и эрозий.
4. Возможны перфорация, кровотечения, непроходимость кардии желудка.
5. Полигиповитаминная недостаточность, которая проявляется:
  - сухостью во рту;
  - разрыхленностью и кровоточивостью десен;
  - утолщением и покраснением языка (глосситом);
  - сглаженностью его сосочков;



- хейлитом и хейлозом, глосситом;
- ангулярным стоматитом;
- заедами в углах рта;
- сухостью кожи, сухой гиперкератозом кожи локтей и суставов.

6. Присоединение инфекции и развитие колита, дисбактериоза кишечника, панкреатита, гепатита, холецистита.

### Прогноз.

Хронический гастрит не влияет на продолжительность жизни больных, однако качество ее страдает, особенно при хроническом атрофическом гастрите. Как правило, эти больные трудоспособны и лишь наличие тяжелого полигиповитаминоза на фоне секреторной недостаточности является показанием для оформления группы инвалидности. Как правило, страдающие этим заболеванием не нуждающиеся в стационарном лечении. В редких случаях, когда присоединяются осложнения или развиваются дистрофические процессы, показана госпитализация в гастроэнтерологические отделения.

## Лечение

### Цель лечения:

- достижение полной ремиссии заболевания
- предупреждение дальнейшего прогрессирования атрофии и развития осложнений

### Основные задачи лечения:

- снижение активности кислотно-пептического фактора;

- нормализация секреторно-моторной функции желудка;
- повышение защитных свойств СОЖ и слизистой оболочки ДПК;
- эрадикация *H. pylori*.

Немедикаментозное лечение и общие мероприятия включают:

Диета:

- питание полноценное и разнообразное;
- режим питания дробный, до 6 раз в сутки, малыми порциями;
- ограничение механических и химических раздражителей ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке;
- исключение очень горячих и очень холодных блюд;

| Исключаются  | Разрешаются   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• сокогонные продукты и блюда (мясные, рыбные, грибные бульоны)</li> <li>• продукты с соединительной тканью (хрящи, кожа птицы и рыбы, жилистое мясо)</li> <li>• жирные сорта мяса и рыбы</li> <li>• маринады, соленья, приправы</li> <li>• свежий хлеб, изделия из теста из муки грубого помола, пшено</li> <li>• блины, пироги, пирожные</li> <li>• овощи, содержащие грубую клетчатку (горох, фасоль, бобы, репа), грибы</li> <li>• незрелые и фрукты и ягоды с грубой кожицей,</li> <li>• кислые фруктово-ягодные соки</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• овощные, крупяные, молочные супы</li> <li>• отварное нежирное мясо и рыба</li> <li>• яйцо всмятку, паровой омлет</li> <li>• свежий некислый творог, сыр</li> <li>• подсушенный пшеничный хлеб</li> <li>• белые сухари, несдобное печенье</li> <li>• хорошо разваренные каши</li> <li>• вермишель и лапша из белой муки</li> <li>• овощные и картофельное пюре</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• шоколад, какао, кофе, крепкий чай, газированные напитки</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• салаты, винегреты с растительным маслом</li> <li>• некислые фруктово-ягодные соки с мякотью</li> <li>• молоко и молочные продукты (ряженка, йогурты)</li> <li>• щелочные минеральные воды без углекислоты</li> <li>• некрепкий чай</li> </ul> |
|---|--|

#### Медикаментозное лечение.

Учитывая различные этиопатогенетические факторы развития хронического гастрита медикаментозная терапия различается при различных формах хронического гастрита.

#### Принципы фармакотерапии неатрофического гастрита:

- эрадикационная антихеликобактерная терапия у НР-положительных больных;
- обязательный контроль эффективности антихеликобактериной терапии через 4–6 недель;
- влияние на факторы риска (замена НПВП парацетамолом, селективными ингибиторами ЦОГ–2, сочетание НПВП с мизопростолом, обеспечение комплаентности больных и др.).

#### Принципы фармакотерапии атрофического гастрита:

- эрадикационная антихеликобактерная терапия у НР-

положительных больных;

- обязательный контроль эффективности антихеликобактерной терапии через 4–6 недель;
- применение витамина В12 с целью профилактики и лечения пернициозной анемии.

Ингибиторы протонной помпы –ИПП являются самыми мощными антисекреторными препаратами. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения быстрой ремиссии .

Блокаторы H2гистаминовых рецепторов являются препаратами 2-й линии, которые могут применяться в случаях непереносимости или противопоказаниях ИПП. Также блокаторы H2гистаминовых рецепторов могут использоваться в качестве дополнительной терапии совместно с ИПП.

Антациды способны поддерживать уровень внутрижелудочного рН > 3 на протяжении 4-6 часов в течение суток, что определяет их недостаточно высокую эффективность при применении в качестве монотерапии. Тем не менее, больные с ХГ принимают антациды для купирования болей и диспепсических жалоб, что во многом объясняется быстротой их действия и безрецептурным отпуском .

Противомикробные препараты применяются при ХГ, ассоциированной с *H. Pylori*. С эрадикационной целью в комбинации с ИПП используются аминопенициллины (амоксциллин), макролиды (клатримидин) в качестве препаратов линии и препараты резерва при неэффективности стандартного лечения: фторхинолоны (левофлоксацин), нитроимидазолы (метронидазол), тетрациклины и препараты висмута.

Медикаментозная терапия ХГ, ассоциированного с *H. Pylori*

Успешность эрадикации *H. Pylori*, обуславливает безрецидивное течение, что является положительным прогностическим признаком в лечении ХГ.

Рекомендуемые схемы эрадикации (Маастрихт-V, 2015)

Терапия первой линия(10-14 дней):

- 3-х компонентная схема: ИПП + амоксициллин + кларитромицин;
- квадротерапия без висмута: ИПП+амоксициллин+кларитромицин + нитроимидазол.

Терапия второй линии(10-14 дней):

- 3-х компонентная схема: ИПП+амоксициллин+фторхинолон
- квадротерапия без висмута: ИПП+амоксициллин+кларитромицин + нитроимидазол;
- квадротерапия с висмутом: ИПП+амоксициллин+кларитромицин + висмута трикалиядигидрат.

Эффективность лечения повышается при назначении дважды в день повышенной дозы ИПП (удвоенной стандартной) .

При 14-дневной терапии увеличение частоты эрадикации более значительно, чем при 10-дневной .

Эрадикационная терапия *H. pylori* может приводить к развитию антибиотико-ассоциированной диареи . Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика повышает скорость эрадикации *H.pylori* .

Перечень основных медикаментов:

| №  | МНП                          | Форма выпуска  | Режим дозирования  |
|--|------------------------------|--|--|
| <b>Ингибиторы протонной помпы</b>          |                              |  |  |
| 1  | Омепразол                    | Капсулы (в т.ч. кишечнорастворимые, с пролонгированным высвобождением, гастрокапсулы) 10 мг, 20 мг и 40 мг | Перорально 20 мг 2 раза в сутки  |
| 2  | Лансопризол                  | Капсулы (в т.ч. с модифицированным высвобождением) 15 мг и 30 мг   | Перорально 15 мг 2 раза в сутки  |
| 3  | Пантопризол                  | Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. кишечнорастворимой); с отложенным высвобождением 20мг и 40 мг         | Перорально 20 мг 2 раза в сутки.   |
| 4  | Рабепразол                   | Таблетки / капсулы, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 10 мг и 20 мг                                    | Перорально 10 мг 2 раза в сутки.   |
| 5  | Эзомепразол                  | Таблетки / Капсулы (в т.ч. кишечнорастворимые, твердые и пр.) 20 мг и 40 мг                                | Перорально 20 мг 2 раза в сутки.   |
| <b>Блокаторы H2гистаминовых рецепторов</b> |                              |  |  |
| 6  | Фамотидин                    | Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. пленочной) 20 мг и 40 мг  | Перорально 20 мг 2 раза в сутки.   |
| 7  | Ранитидин                    | Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. пленочной) 150мг и 300мг  | Перорально 150 мг 2 раза в сутки   |
| <b>Витамины</b>                            |                              |  |  |
| 8  | Цианокобаламин (витамин B12) | Раствор для инъекций 0,02 % и 0,05 %   | Вводят в/м, п/к, в/в. П/к, при анемиях, связанных с дефицитом витамина B12, вводят по 0,1 – 0,2 мг 1 раз |

|  |                          |  |   |
|--|--------------------------|--|---|
|  |                          |  | в 2 дня   |
| <b>Противомикробные препараты при хроническом гастрите, ассоциированном с <i>H. pylori</i></b> |                          |  |   |
| 8  | Амоксициллин             | Таблетки, в т.ч. покрытые оболочкой, диспергируемые; капсулы 500мг, 1000мг | Перорально 1000 мг 2 раза в сутки   |
| 9  | Кларитромицин            | Таблетки, в т.ч. с модифицируемым высвобождением 500мг                     | Перорально 500 мг 2 р/сутки   |
| 10   | Метронидазол             | Таблетки 250 мг  | Квадротерапии с висмутом: 250 мг перорально 4 р/сутки<br>Тройная терапия на основе кларитромицина: 500 мг перорально два раза в сутки   |
| 11   | Левифлоксацин*           | Таблетки, покрытые оболочкой 500мг   | Перорально 500 мг 2 раза в сутки только при подтвержденной устойчивости к другим противомикробным препаратам и высокой чувствительностью к Левифлоксацину                                     |
| 12   | Тетрациклин*             | Таблетки, покрытые оболочкой 100 мг  | Перорально 100 мг 4 раза в сутки только при подтвержденной устойчивости к другим противомикробным препаратам и высокой чувствительностью к Тетрациклину                                       |
| 13   | Висмута трикалиядицитрат | Таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг                                       | Назначают по 1 таб. 4 р/сутки за 30 минут до приема пищи и на ночь или по 2 таблетки 2 раза в сутки за 30 мин до приема пищи. Максимальная разовая доза 240 мг, максимальная суточная 480 мг. |

Дальнейшее ведение пациентов:

| <b>Мониторинг течения заболевания</b>  |   |
|--|---|
| <b>Нозология</b>   | <b>Диагностические и лечебные мероприятия</b>   |
| Хронический поверхностный (антральный) <i>H.pylori</i> ассоциированный гастрит | Контрольная ФГДС и диагностика инфекции <i>H.pylori</i> через 1 мес. после эрадикационной терапии |
| Хронический мультифокальный атрофический гастрит                               | Контрольная ФГДС и диагностика инфекции <i>H.pylori</i> через 1 мес. после эрадикационной терапии |
| Хронический аутоиммунный атрофический гастрит                                  | ОАК, Б/Х тесты через 1, 6 и 12 мес. после лечения   |

### **Заключение**

Завершая работу над рефератом можно прийти к выводу, что гастрит - это воспаление слизистой оболочки желудка, сходное по симптомам с язвой желудка: сильная жгучая боль, тошнота, рвота и спазмы. При тяжелом гастрите может дойти до кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки.

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 появлении гастрита играет роль бактерия - *Helicobacter pylori*. Наряду с повышенным выделением кислоты желудочного сока, *Helicobacter pylori* вызывает тяжелое изменение слизистой оболочки. У больных язвенной болезнью эту бактерию находили в 70-90% случаев.



## Список использованной литературы:

1. Клинические лекции по гастроэнтерологии и гепатологии / Под редакцией А. В. Калинина, А. И. Хазанова, А. Н. Культюшнова, 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, 2015. 48 с.
2. Белоусов А. С., Водолагин В. Д., Жаков В. П. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения / М.: «Медицина», 2016. 424 с.
3. Рапопорт С. И. Гастриты (Пособие для врачей) — М.: ИД «Медпрактика-М», 2014. — 45 с.
4. Клинический протокол диагностики и лечения хронического гастрита, 2017.
5. Официальный сайт Британского общества гастроэнтерологов. Patient Information. *Helicobacter pylori*. (англ.). Перевод: Рекомендации Британского общества гастроэнтерологов пациентам в отношении *Helicobacter pylori*.
6. Шептулин А. А. Хронический гастрит и функциональная диспепсия: есть ли выход из тупика? // РЖГГК. — 2013. — Т.20. — № 2. — С. 84-88.
7. Маев И. В., Дичева Д. Т., Лебедева Е. Г. Возможности антацидов в лечении хронического гастрита // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2015. — № 10. — С. 87-92.
8. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / Под ред. В. Т. Ивашкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
9. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол., колопроктол. — 2012. — №1. — С.87-89.

10. Охлобыстина О.З. Некоторые особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения синдрома функциональной диспепсии. Автореф. дисс. канд. мед. наук- М., 2007. - 24 с.

## Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета \_\_5\_\_ группы

**Новокшенова Наталья 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)