

Хронический гастрит и  
функциональная диспепсия.

Киотский протокол.

Проф. Е.И.Ткаченко

# МКБ-10.Болезни органов пищеварения

- К 29 Гастрит и дуоденит
- Острый геморрагический гастрит
- Др.острые гастриты
- Алкогольный гастрит
- Хронический поверхностный гастрит
- К29
- Хронический атрофический гастрит
- Хронический неуточненный гастрит
- Другие гастриты
- Гастрит неуточненный
- Дуоденит
- Гастродуоденит неуточненный

# Римский консенсус - III

- Функциональная диспепсия – это симптомокомплекс, включающий раннее насыщение, тяжесть после еды, эпигастральную боль или изжогу в отсутствии органической, системной или метаболической природы указанных проявлений.

# Причины функциональной диспепсии

- 1. Двигательные нарушения:гастропарез, нарушение аккомодации (замедленное расслабление антрального отдела при нарастании давления содержимого ж-ка), нарушение антродуоденальной координации.
- 2. Гиперсекреция хлористоводородной кислоты.
- 3.Увеличение времени ацидификации в ж-ке.
- 4.Гиперчувствительность механо- и хеморецепторов.

- Этиологическая классификация не отменяет Сиднейскую систему и Хьюстонский пересмотр Сиднейской системы, а является дополнением к их этиологическому разделу.

# Классификация гастритов в соответствии с Киотским глобальным консенсусом

- Аутоиммунный гастрит
- Инфекционный гастрит
- Н.р.-индуцированный гастрит
- Бактериальный гастрит, но не Н.р.-ассоциированный
- *Helicobacter heilmannii* гастрит
- Микобактериальный гастрит
- Вторичный сифилитический гастрит

# Киотский протокол- 2

- Флегмона желудка
- Вирусный гастрит
- Энтеровирусный гастрит
- Цитомегаловирусный гастрит
- Грибковый гастрит
- Гастрит, вызванный мукоромикозом
- Кандидоз желудка
- Гистоплазмоз желудка

# Киотский протокол 3

- Паразитарный гастрит
- Анизакиазиз (anisakiasis ) желудка
- Гастрит на фоне криптоспоридоза (Cryptosporidium gastritis )
- Стронгилоидоз желудка ( Gastritis strongiloides sterkoralis )



# Киотский протокол 4

- Гастриты, вызванные внешними причинами
- Гастриты, вызванные лекарственными препаратами
- Алкогольный гастрит
- Радиационный гастрит,
- Химический гастрит
- Гастрит, связанный с рефлюксом желчи

# Киотский протокол 5

- Гастриты, вызванные другими специфическими внешними причинами
- Лимфоцитарный гастрит
- Болезнь Менетрие
- Аллергический гастрит
- Эозинофильный гастрит

# Киотский протокол 6

- Гастриты, связанные с другими заболеваниями, классифицируемыми в другом месте
- Гастрит при саркоидозе
- Гастрит при васкулитах
- Гастрит при болезни Крона

# Киотский глобальный консенсус

- **Положение 1.** Классификация гастрита по Сиднейской системе устарела, что связано с установлением роли Н.р. (новые способы классификации по системе OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) и OLGIM (Operative Link for Gastric Intestinal Metaplasia Assessment) в дополнение к Сиднейской системе.

•Intestina

Степень рекомендации (С.р.): сильная.  
уровень доказательности (У.д.) – высокий,  
уровень консенсуса – 100%.

## Положение 2

- Предложенная классификация гастрита (бета версия МКБ-11) основана на этиологических факторах и более совершенна. ( Н.р.-ассоциированный гастрит классифицируется как отдельная нозологическая единица. Включает 3 наиболее важные формы г.: а) Н.р.-индуцированный; б) медикаментозный; в) аутоиммунный. С.р.-сильная; У.д.-умеренный; У.к.-100%.

# Положение 3

- Целесообразно классифицировать гастрит в соответствии с локализацией (риск рака и язвы желудка)  
С.р. – сильная;
- У.д. – высокий;
- У.к. – 97,4.

# Положение 4

- Целесообразно классифицировать гастрит в соответствии с гистологическими параметрами ( риск рака желудка, зависимость от степени воспаления и атрофии СОЖ )
  - С.р. – сильная;
  - У.д.-высокий;
  - У.к.- 100%.

# Положение 5

- Эрозии СОЖ классифицируются отдельно от Г., т.к. их развитие и клиническое значение зависят от этиологии Г. Проблема требует дальнейшего изучения. Эрозии –дефекты СОЖ 3-5мм (плоские, приподнятые, геморрагические, кровоточащие пятна в антральном отделе). Причина: Н.р.,НСI, НПВП и др. Целесообразно их отделение от Г.и дуоденита
- С.р.- сильная; У.д.- низкий; У.к.- 100%.



# Положение 6

- Н.р.-ассоциированный гастрит определяется как инфекционное заболевание даже при отсутствии клинических признаков и осложнений (язва, рак ж.). Если имеется прогрессирующая атрофия СОЖ , то настоятельно рекомендуется эрадикация Н.р.
- С.р.-сильная; У.д.-высокий; У.к.- 100%.

# Положение 7

- У части лиц с Н.р.- ассоциированным гастритом, гастритические изменения СОЖ являются причиной диспепсии.
- С.р.- сильная;
- У.д.- высокий;
- У.к.-100%.

# Положение 8.

- Н.р.-ассоциированный гастрит – самостоятельное заболевание.
- С.р.-сильная; У.д.- умеренный; У.к.-.100%
- Н.р. Инфицированные пациенты с диспепсией и отсутствием изменений СОЖ при эндоскопии классифицируются в зависимости от ответа на эрадикационную терапию: есть ответ –Н.р.-асс.диспепсия, нет-ФД.
- В популяции с уровнем обсемененности Н.р. ниже 20% проводится эндоскопия у лиц старше 50 лет, при наличии симптомов тревоги. В других случаях – стратегия “test and treat” ( уреазный дыхательный тест, определение антигена в кале с помощью моноклональных антител.

# • Положение 12

Атрофия слизистой оболочки и кишечная метаплазия в желудке могут быть очно диагностированы с помощью эндоскопии высокого разрешения после соответствующе подготовки.  
Доказательный уровень : высокий

- **Положение 13**

Для точной гистологической оценки гастрита необходима биопсия как антрального отдела, так и из тела желудка.  
Доказательный уровень : высокий.

**Положение 14В**

Гистологические системы, такие как OLGA и OLGIM, полезны для стратификации риска РЖ.  
Доказательный уровень: низкий.

**Положение 15**

Серологические тесты с определением пепсиногена 1 и 2 , и антител к *H.pylori* эффективны для выявления лиц с повышенным риском РЖ.

Доказательный уровень : высокий.

**Положение 18**

Эрадикация *H.pylori* позволяет добиваться максимального эффекта для профилактики РЖ при ее проведении пациентам до развития атрофического гастрита  
Доказательный уровень: высокий.

- **Положение 19**

Схемы эрадикации *H.pylori* должны быть основаны на наиболее эффективном методе лечения в каждом конкретном регионе, в идеале – с использованием определения индивидуальной чувствительности *H.pylori* к антибиотикам. Соответствующие схемы эрадикации могут иметь отличия в различных регионах. В настоящее время показано, что резистентность *H.pylori* имеет выраженные географические отличия. В последнее время активно развивается представление о взаимодействии *H.pylori* с другой флорой ЖКТ.

**Положение 20**

Эрадикация *H.pylori* снижает риск РЖ. Степень снижения риска зависит от наличия, тяжести и степени атрофического повреждения до эрадикации.

Доказательный уровень: высокий.

**Положение 22**

Если у пациентов диагностирован выраженный атрофический гастрит, после эрадикации *H.pylori* таким лицам должно быть предложено длительное эндоскопическое и гистологическое наблюдение в связи с сохраняющимся риском РЖ.

Доказательный уровень : высокий.

# Дополнительные замечания

- 1. Имеется концептуальная неопределенность в соотношении Г.и ФД. (Гастрит ассоц. сН.р. и ФД могут группироваться в одном диагнозе)
- 2. Пациенты с Н.р.-ассоц.гастритом, эрадикационная терапия которого сопровождается восстановлением СОЖ, но не приводит к клиническому улучшению, относят к лицам с ФД.
- 3. Обнаружение Н.р. у лиц с диспепсией без симптомов тревоги моложе 50л., в регионах, где в популяции Н.р. свыше 20% определяет диагноз: ФД.
- 4. Клиническое улучшение у лиц с Н.р.-ассоц. диспепсией возникает через 6-12 мес. После эрадикации ( до этого проводится симптоматическая терапия).
- 5. Классификация не учитывает состояние секреторной и двигательной функции желудка

## Дополнительные замечания (2)

- Диагноз ФД устанавливается больным с характерными клиническими симптомами, Н.р.+, отсутствием симптомов тревоги, в популяции с уровнем обсеменения Н.Р. менее 20%, гастроскопия не обязательна.
- Диагноз ФД может быть поставлен после излечения Н.р.- ассоц.г., но при сохранении характерных симптомов. Гастроскопия не обязательна. Показания к гастроскопии: с диспепсии, с «тревоги», лица старше 50 лет, отсутствие Н.р., родственники 1 степени родства б-е раком ж., высокий уровень гастрин 17., соотношение пепсина-1 к пепсину 2 менее 3.
- Диагноз ФД – диагноз исключения.
- В РФ высокая обсемененность Н.р. И распространенность рака желудка диктует необходимость обязательного проведения эндоскопии.

**СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ  
КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ И  
АССОЦИИРОВАННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ  
*НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ  
РОССИИ***



# Хронический гастрит

- ШИФР по МКБ-10: хронический гастрит К 29.6
- Хронический гастрит – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются наличием воспалительных и дистрофических процессов в слизистой оболочке желудка, прогрессирующей атрофией, функциональной и структурной перестройкой с разнообразными клиническими признаками.
- Самой частой причиной хронического гастрита является *Helicobacter pylori*, что связано с высокой распространенностью этой инфекции.

# Методы диагностики хронического гастрита

- Эндоскопический с морфологической оценкой биоптатов.
- Диагностика *Helicobacter pylori* (см. выше)
- Определение кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка (внутрижелудочная рН-метрия)
- Рентгенологический.

# Хронический химический (реактивный) гастрит (рефлюкс- гастрит, тип С)

Причиной гастрита С является заброс (рефлюкс) дуоденального содержимого в желудок. При дуоденогастральном рефлюксе повреждающее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают желчные кислоты и лизолецитин. Повреждающие свойства желчных кислот зависят от pH желудка: при  $\text{pH} < 4$  наибольшее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают тауриновые конъюгаты, а при  $\text{pH} > 4$  – неконъюгированные желчные кислоты.

При лечении рефлюкс-гастрита используют:

- Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в день в течение 28 дней);
- Сукральфат (500–1000 мг 4 раза в день) наиболее эффективно связывает конъюгированные желчные кислоты при  $\text{pH} = 2$ , при повышении pH этот эффект снижается, поэтому нецелесообразно его одновременное назначение с антисекреторными препаратами;
- Препараты урсодезоксихолевой кислоты (10 мг/кг/сут) в течение 1–1,5 месяцев;
- Для нормализации моторной функции – прокинетики, регуляторы моторной функции, спазмолитики (итоприда гидрохлорид, метоклопрамид, домперидон, тримебутин, мебеверин, альверина цитрат, гиосцина бутилбромид).

Понятие «хронический гастрит», особенно в странах СНГ, тесно связано с понятием «функциональная диспепсия» (ФД). Многие пациенты с диагнозом функциональной диспепсии оказываются инфицированными *Helicobacter pylori*, но не страдают при этом язвенной болезнью. Эрадикация *Helicobacter pylori* приводит к длительному улучшению примерно у одного из 12 инфицированных пациентов, страдающих функциональной диспепсией.

# *Helicobacter pylori* и НПВП-гастропатия

- НПВП-гастропатия – патология верхних отделов пищеварительного тракта, возникающая в хронологической связи с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и характеризующаяся повреждением слизистой оболочки (развитием эрозий, язв и их осложнений – кровотечения, пенетрации, перфорации).
- Инфекция *Helicobacter pylori* ассоциирована с повышением риска возникновения неосложненных и осложненных гастродуоденальных язв у пациентов, принимающих НПВП и низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (АСК). Эрадикация *Helicobacter pylori* снижает риск возникновения неосложненных и осложненных гастродуоденальных язв, ассоциированных с приемом НПВП и низких доз АСК.

# Методы диагностики НПВП-гастропатии

- Клинический (изучение жалоб, сбор анамнеза заболевания, выявление факта и длительности приема НПВП, АСК, оценка факторов риска развития НПВП-гастропатии).
- Общий анализ крови (концентрация гемоглобина, число эритроцитов, гематокрит), биохимический анализ крови (показатели обмена железа), анализ кала на скрытую кровь для выявления кровотечения.
- Эндоскопический (с морфологической оценкой биоптатов).
- Диагностика *Helicobacter pylori* (см. выше).
- Определение кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка (внутрижелудочная рН-метрия).
- Рентгенологический.

# Факторы риска НПВП-гастропатии

## Со стороны пациента:

- Возраст >60 лет.
- ● Язвенная болезнь или желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе .

## Вероятные факторы риска:

- Длительность применения НПВП.
- Женский пол.
- ИБС.
- Инфекция *Helicobacter pylori*.
- Курение.
- Злоупотребление алкоголем.
- Диспепсия на фоне приема НПВП в прошлом

## Обусловленные особенностями применения НПВП:

- Применение относительно более токсичных НПВП.
- Высокие дозы НПВП (или сочетанное применение 2-х и более НПВП).
- Сочетанное применение антикоагулянтов и/или кортикостероидов.

# Медикаментозное лечение НПВП-гастропатии

- целесообразно отменить прием НПВП
- использовать H<sub>2</sub>-блокатор (фамотидин) или ИПП в стандартных дозировках
- Возможна комбинация ИПП и висмута трикалия дицитрата продолжительностью 4 недели
- Возможно назначение мизопростола в дозе 200 мкг 4 раза в день во время еды и на ночь в течение 14–28 дней (противопоказан при беременности).

# Если приём НПВП нельзя ОТМЕНИТЬ

- назначение сопутствующей терапии ИПП на весь период приема НПВП.
- целесообразно назначение селективных ингибиторов ЦОГ2  
Однако такое лечение не исключает развития осложнений НПВП-гастропатии и не отменяет необходимости приема антисекреторных препаратов или гастропротекторов по показаниям.
- в качестве противовоспалительной терапии у больных с остеоартритом возможно назначение препарата на основе экстракта имбиря по 1 капсуле 2 раза в день продолжительностью 30 дней



- Обязательной является диагностика *Helicobacter pylori*, при выявлении которого должна быть проведена эрадикационная терапия с использованием схем, представленных в разделе «Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*».
- Эрадикация *Helicobacter pylori* целесообразна перед началом лечения НПВП. Она обязательна у пациентов с язвенным анамнезом. Однако только одна эрадикация *Helicobacter pylori* не уменьшает риск развития гастродуоденальных язв у пациентов, длительно принимающих НПВП. Продолжение приема ИПП у таких пациентов также необходимо, как и сама эрадикация *Helicobacter pylori*. У пациентов с язвенным анамнезом, принимающих АСК, необходимо проводить диагностику *Helicobacter pylori*.

# Профилактика НПВП– гастропатии у разных категорий пациентов

Пациентам с риском развития НПВП-гастропатии (прием высоких доз НПВП, комбинация двух и более НПВП, комбинация НПВП и АСК, антитромбоцитарных препаратов, антикоагулянтов или кортикостероидов, язвенная болезнь в анамнезе, наличие множественных факторов риска, возраст старше 65 лет) показан профилактический прием ИПП в стандартных дозах 1–2 раза в день.

# *Helicobacter pylori* и MALT-лимфома

MALT-лимфома – экстранодальная В-клеточная лимфома из клеток маргинальной зоны, которая поражает лимфоидную ткань слизистых оболочек. Она относится к группе В-клеточных новообразований низкой степени злокачественности. Встречается в любом возрасте, может локализоваться в органах ЖКТ, щитовидной, слезных, слюнных и молочных железах, а также в бронхах. При эндоскопии определяется картина гастрита или язвенный дефект слизистой оболочки с нетипичными для обычной язвы солидными структурами.

# *Helicobacter pylori* и MALT-лимфома

MALT-лимфома – экстранодальная В-клеточная лимфома из клеток маргинальной зоны, которая поражает лимфоидную ткань слизистых оболочек. Она относится к группе В-клеточных новообразований низкой степени злокачественности. Встречается в любом возрасте, может локализоваться в органах ЖКТ, щитовидной, слезных, слюнных и молочных железах, а также в бронхах. При эндоскопии определяется картина гастрита или язвенный дефект слизистой оболочки с нетипичными для обычной язвы солидными структурами.

# *Helicobacter pylori* и внежелудочные заболевания

- Имеются доказательства о связи *Helicobacter pylori* с этиопатогенезом железодефицитной анемии, идиопатической тромбоцитопенической пурпуры и дефицитом витамина В12. При этих заболеваниях необходимо выявлять и проводить эрадикацию *Helicobacter pylori*.
- Не подтверждено какой-либо причинной связи между *Helicobacter pylori* и сердечно-сосудистыми и неврологическими заболеваниями, а также протективного или ухудшающего воздействия *Helicobacter pylori* в отношении развития или течения астмы, аллергии и ожирения.
- После проведения эрадикационной терапии биодоступность тироксина и L-изомера дигидроксифенилаланина (L-ДОФА) возрастает.

# *Helicobacter pylori* и ИПП

- Длительное применение ИПП у *Helicobacter pylori*-позитивных пациентов ускоряет процесс потери специализированных желез и ассоциировано с развитием атрофического гастрита тела желудка. Эрадикация *Helicobacter pylori* у пациентов, длительно принимающих ИПП, предотвращает развитие атрофического гастрита. Однако еще не выявлено доказательств, что это снижает риск развития рака желудка.

# Принципы лечения хронического гастрита

- Терапия хронического гастрита осуществляется дифференцированно, в зависимости от клиники, этиопатогенетической и морфологической формы заболевания.
- Хронический антральный гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* (тип В)
- Основной принцип лечения данного типа хронического гастрита – эрадикация *Helicobacter pylori*

# **Здоровья и любви.**

**Больше ничего  
не нужно.**

**Рошаль  
Леонид Михайлович**





---

**Благодарю**



**— за внимание! —**