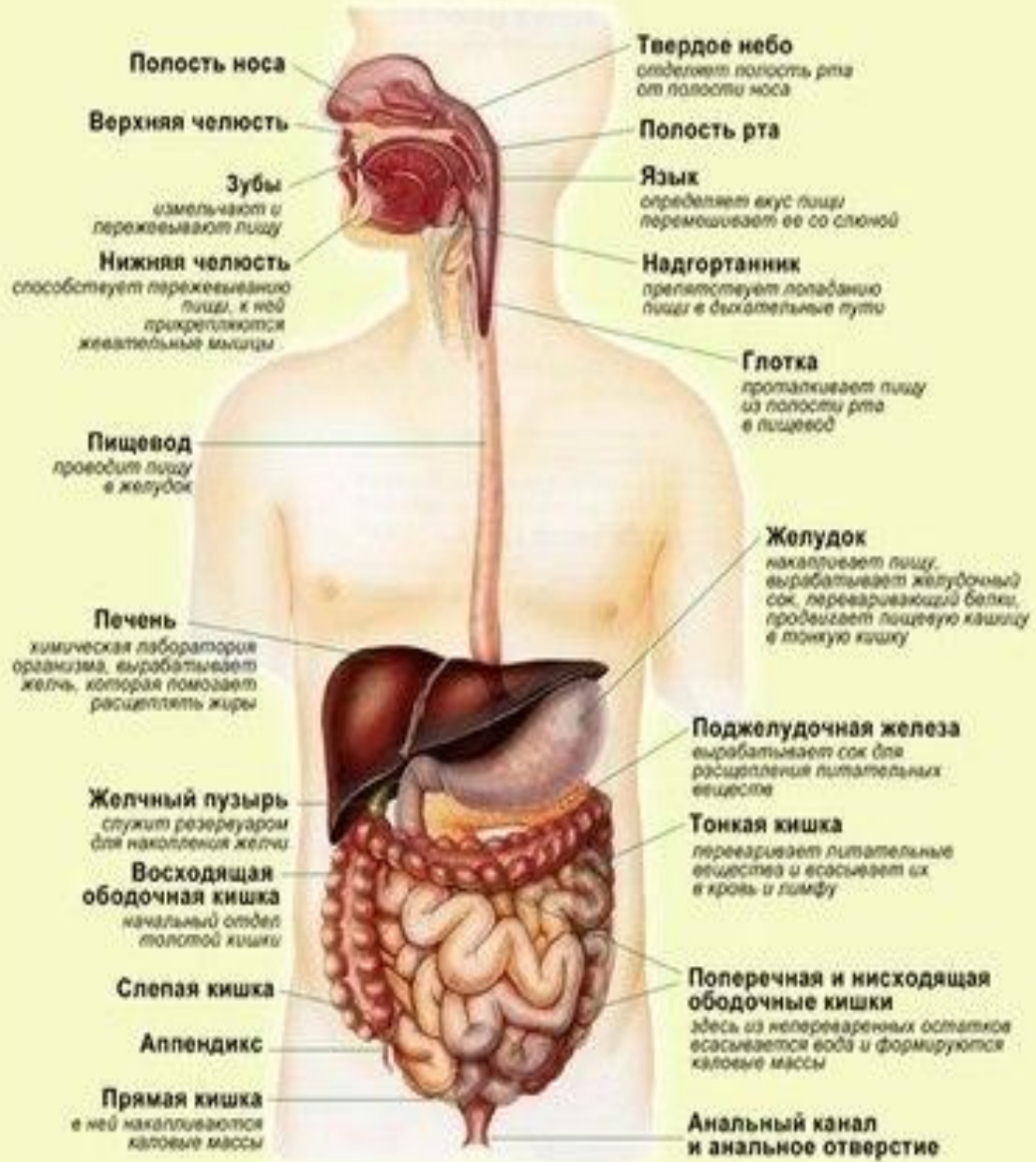


## Общие сведения

Пищеварительная система представляет собой комплекс органов, функция которых заключается в механической и химической обработке пищевых веществ, всасывании переработанных веществ и выведении оставшихся не переваренными частей пищи. К органам пищеварительной системы относят полость рта с её содержимым, глотку, пищевод, желудок, тонкий кишечник, толстый кишечник, печень и поджелудочную железу.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА



## Функции пищеварительного тракта



1 минута

Определение вкусовых качеств пищи, пережевывание, перемешивание со слюной



3 секунды

Проглатывание



2 - 4 часа

Пищеварение



3 - 5 часов

Всасывание

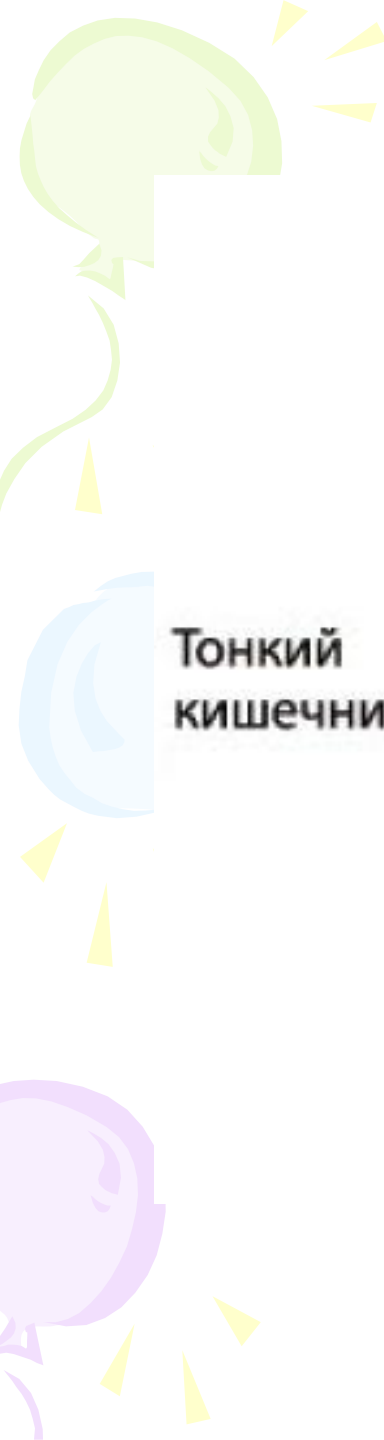


от 10 часов до нескольких дней

Дефекация



• Отделы тонкого  
кишечника ?

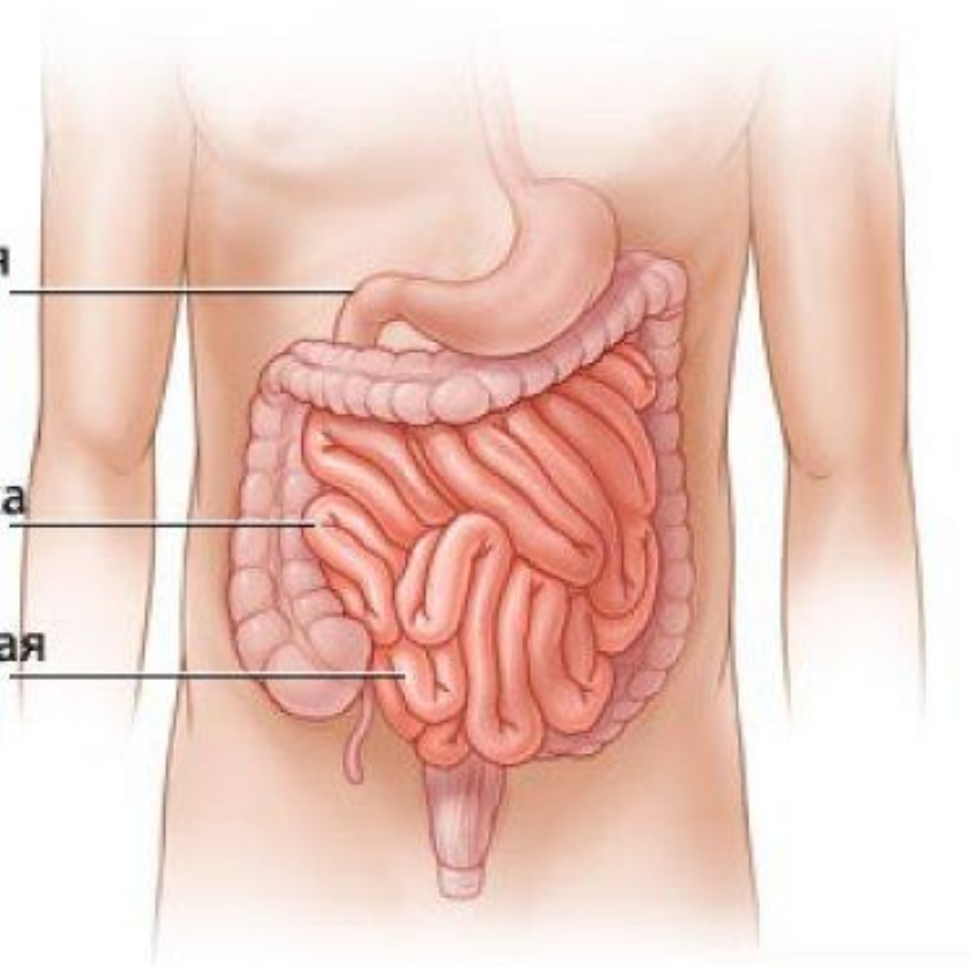


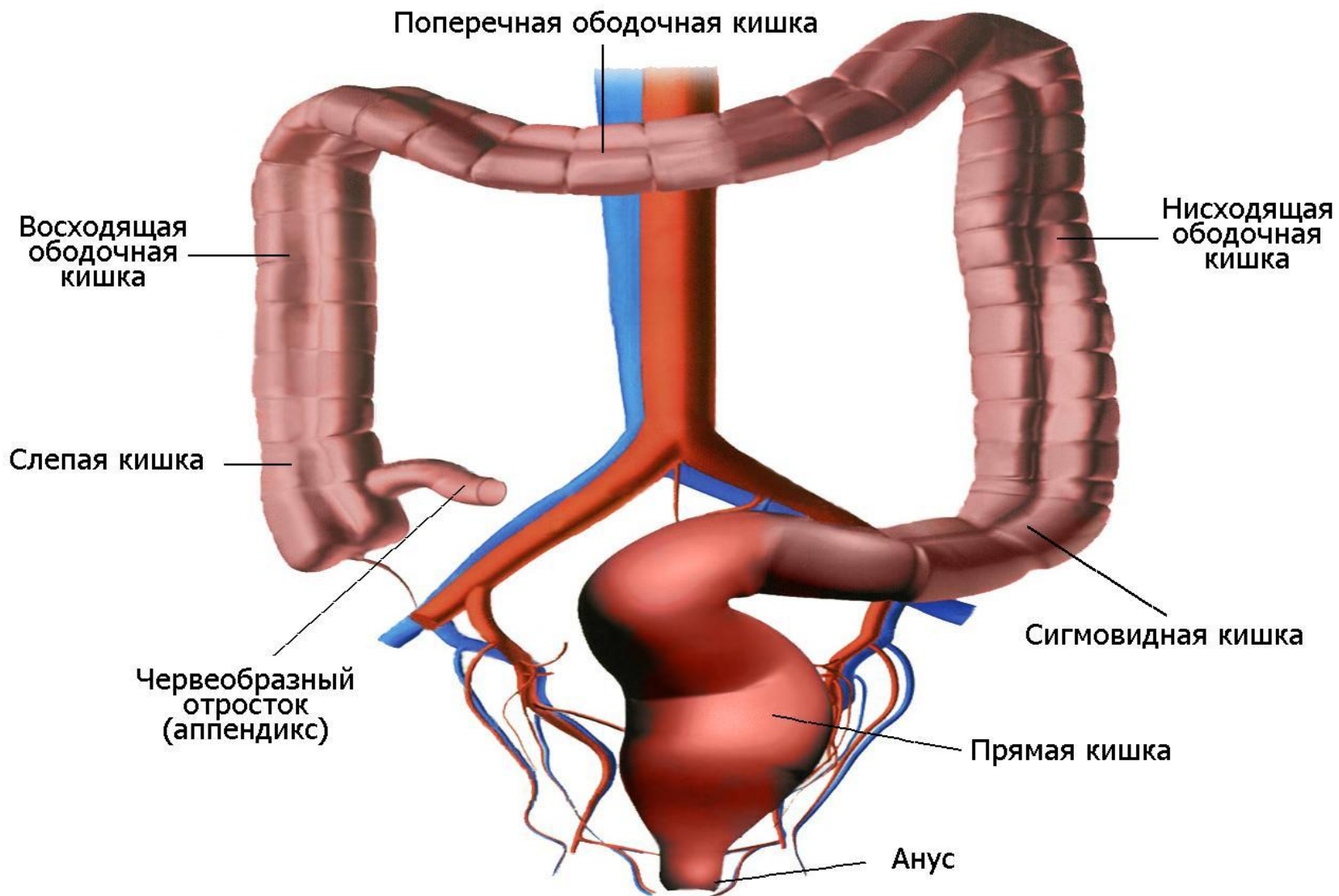
**Тонкий  
кишечник**

12-перстная  
кишка

Тощая кишка

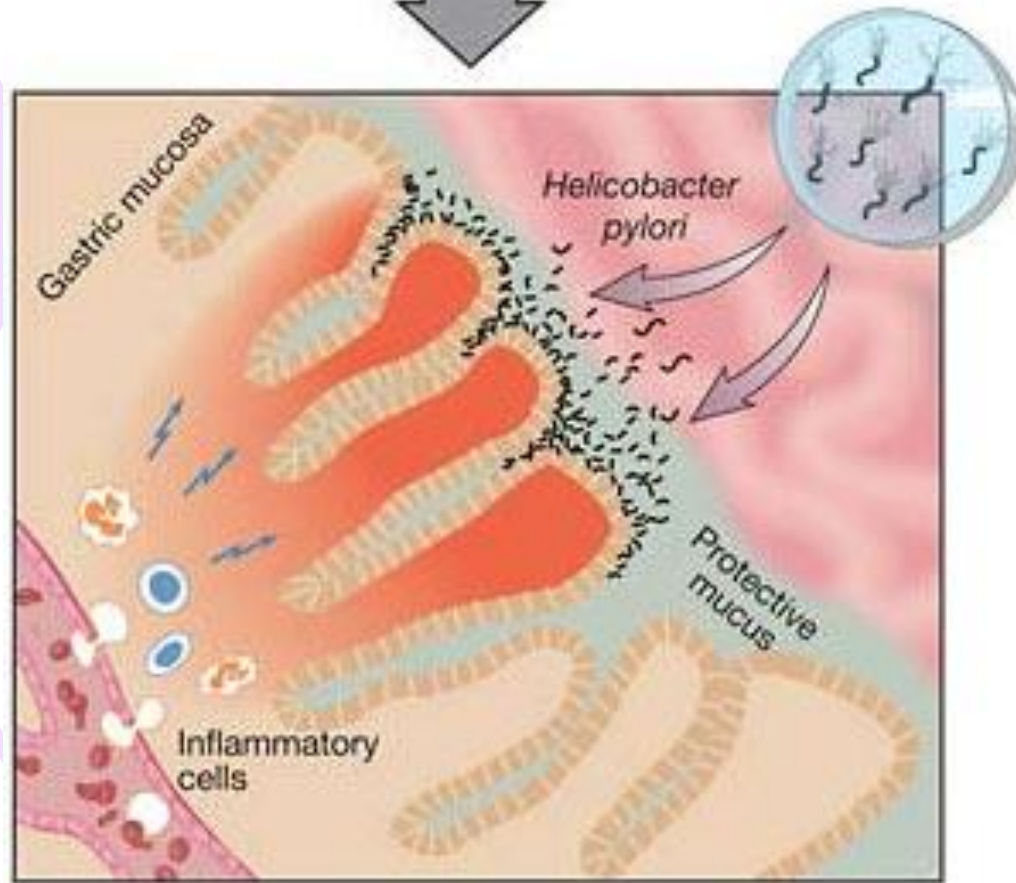
Подвздошная  
кишка







# Гастриты и язвенная болезнь





# Гастрит -

- Воспалительное повреждение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением моторики и секреции.



# Классификация

- Согласно международной (Сиднейской, 1990 г.) классификации гастритов выделяют три основных морфологических вида: острый, хронический и особые («специальные») формы. Решающее значение в их диагностике придается характеру морфологических изменений слизистой (воспаление, атрофия, кишечная метаплазия, наличие *Helicobacter pylori* и др.), а также преимущественной локализации этих изменений.





# Острый гастрит.

- По форме:

1. простой ( катаральный)

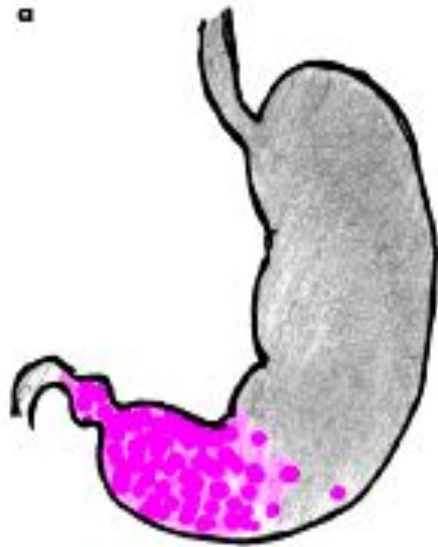
2. Коррозивный

3. Фибринозный

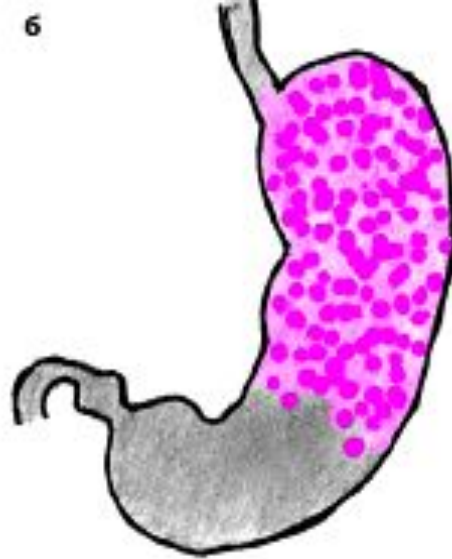
4. флегмонозный

- Современная международная классификация *хронических гастритов* (1996 г.), являющаяся модификацией Сиднейской классификации 1990 г., также основана на четких гистологических и эндоскопических критериях заболевания. Согласно этой классификации различают:
  - 1.** неатрофический гастрит (поверхностный хронический антральный гастрит, или гастрит типа В предыдущих классификаций)
  - 2.** атрофический аутоиммунный гастрит (диффузный гастрит тела желудка, или гастрит типа А)
  - 3.** атрофический мультифокальный пангастрит (гастрит антрума и тела желудка, или смешанный гастрит типа А и В)
  - 4.** особые формы гастрита (химический, или гастрит типа С (реактивный, рефлюкс-гастрит), радиационный, лимфоцитарный, гранулематозный, эозинофильный, другие инфекционные).

- Первый и третий варианты хронического гастрита часто рассматриваются как стадии одного патологического процесса, в большинстве случаев возникающего в результате инфицирования слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (HP). Первоначально воспалительный процесс локализуется в антральном отделе желудка (неатрофический антральный гастрит) и сопровождается выраженной инфильтрацией слизистой оболочки лимфоцитами, нейтрофилами, плазмócитами, очагами кишечной метаплазии и наличием выраженного обсеменения слизистой HP.
- С течением времени патологический процесс из антрального отдела распространяется на тело желудка (пангастрит), причем атрофические процессы в слизистой оболочке начинают преобладать над воспалительными изменениями.



- Воспаление слизистой
- Инфицирование *HP*
- Кишечная метаплазия (очаговая)



- Атрофия (первичная)
- Воспаление (слабо выражено)
- Антитела к париетальным клеткам
- Гипоацидность и ахлоргидрия



- Атрофия (вторичная)
- Воспаление (слабо выражено)
- Кишечная метаплазия
- *HP* (умеренное количество)

## Преимущественная локализация и основные диагностические признаки различных форм хронических гастритов

- а — неатрофический (антральный) гастрит (гастрит типа В);
- б — атрофический аутоиммунный гастрит (диффузный гастрит тела желудка, или гастрит типа А);
- с — атрофический пангастрит (смешанный гастрит типа А и В)



# Этиология и патогенез

- Острый гастрит – полиэтиологическое заболевание. Этиологические факторы болезни принято делить на *экзогенные и эндогенные*, которые, в ряде случаев, трудно разграничить вследствие их одновременного действия и взаимообусловленности.

- В качестве **экзогенных факторов** заболевание рассматриваются агенты, поступающие в желудок извне и, прежде всего, с пищей. ОГ может развиваться после употребления в больших количествах специй (горчицы, перца, уксуса и др.), а также слишком горячей, грубой, плохо обработанной механически и трудно перевариваемой пищи. Частой причиной развития болезни является алкоголь и, прежде всего, крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк, ром, спирт, самогон), нарушение диеты, употребление непривычной пищи, испорченных продуктов (без присутствия бактериальных агентов) или продуктов в неудачном их сочетании, переедание (перегрузка, перенапряжение и срыв ферментных систем).

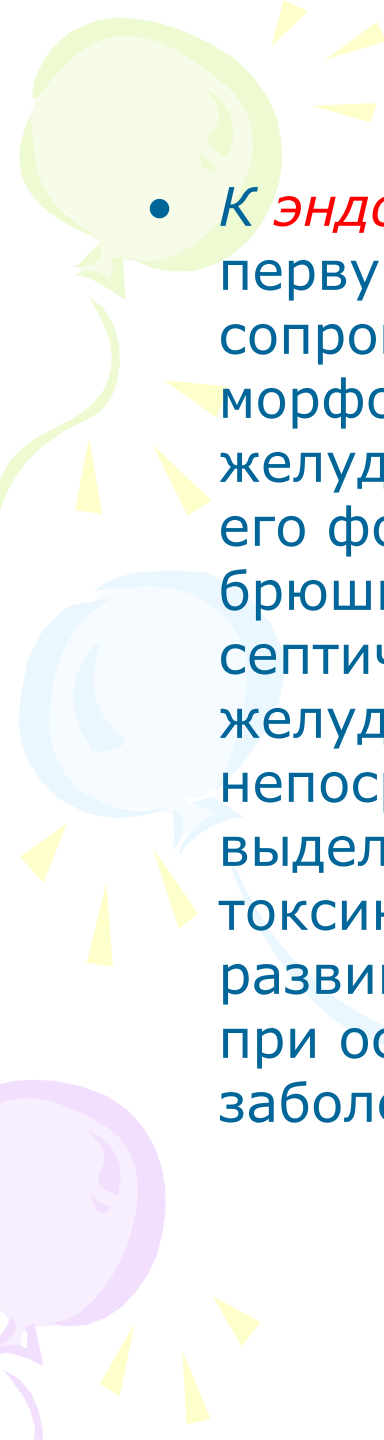


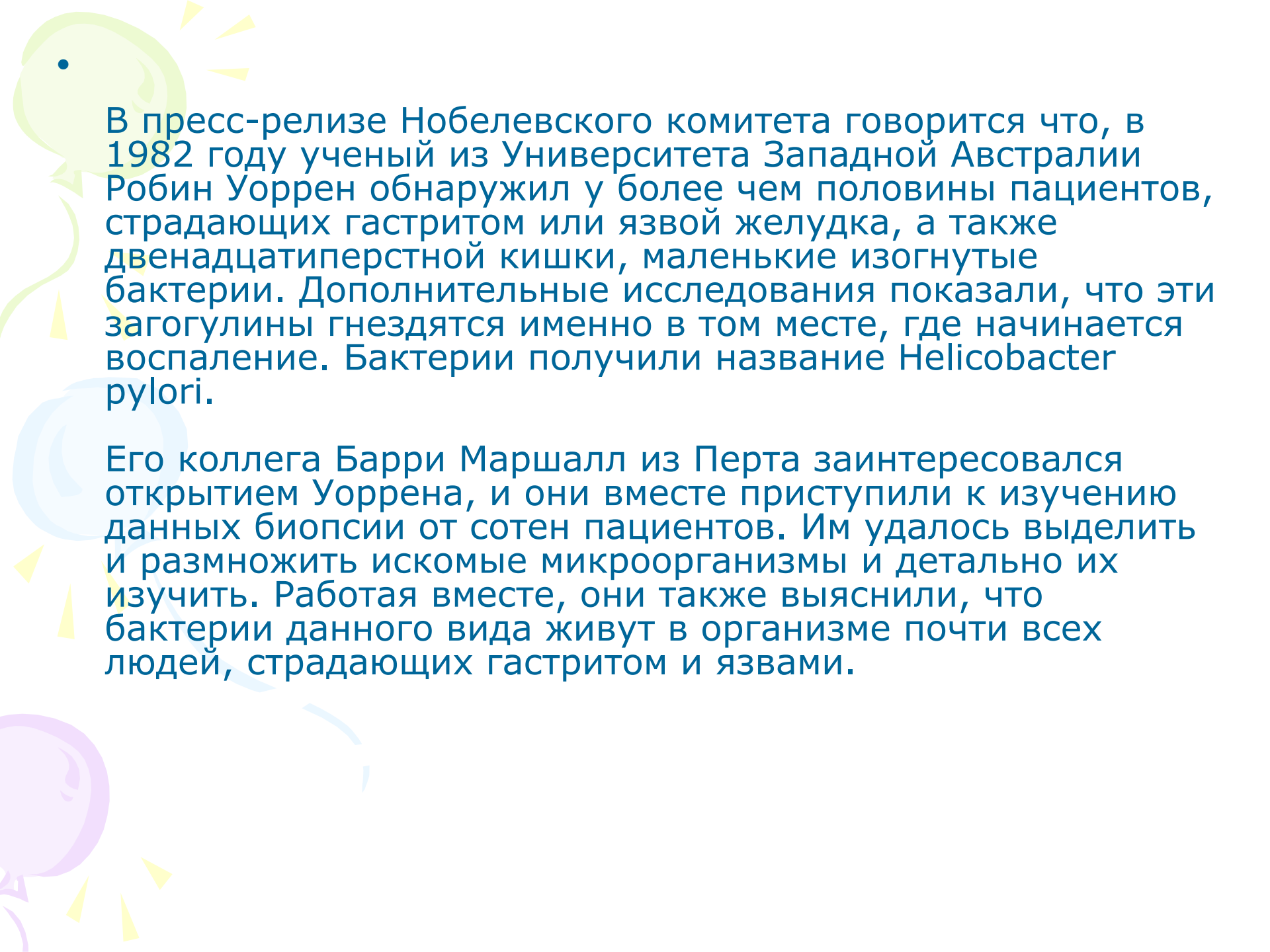


# ЕДА БЕЗ ТРУДА



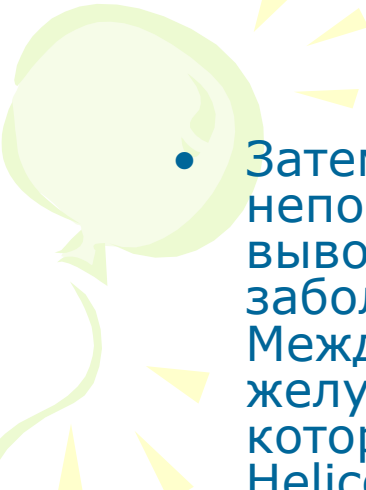
# ГАСТРИТ БЕЗ ОБИД


- 
- К **эндогенным факторам**, приводящим к развитию ОГ, в первую очередь относятся инфекционные заболевания, сопровождающиеся общей интоксикацией. Так, морфологические и функциональные изменения в желудке нередко возникают при гриппе (абдоминальная его форма), кори, скарлатине, дифтерии, сыпном и брюшном тифе, пневмониях, вирусном гепатите, острых септических состояниях. При этом поражение тканей желудка может происходить как в результате непосредственного действия микроорганизмов, так и выделяемыми слизистой оболочкой из крови их токсинами. К эндогенным также относят ОГ, развивающиеся у больных с различными видами ожогов, при острой почечной недостаточности и других заболеваниях.




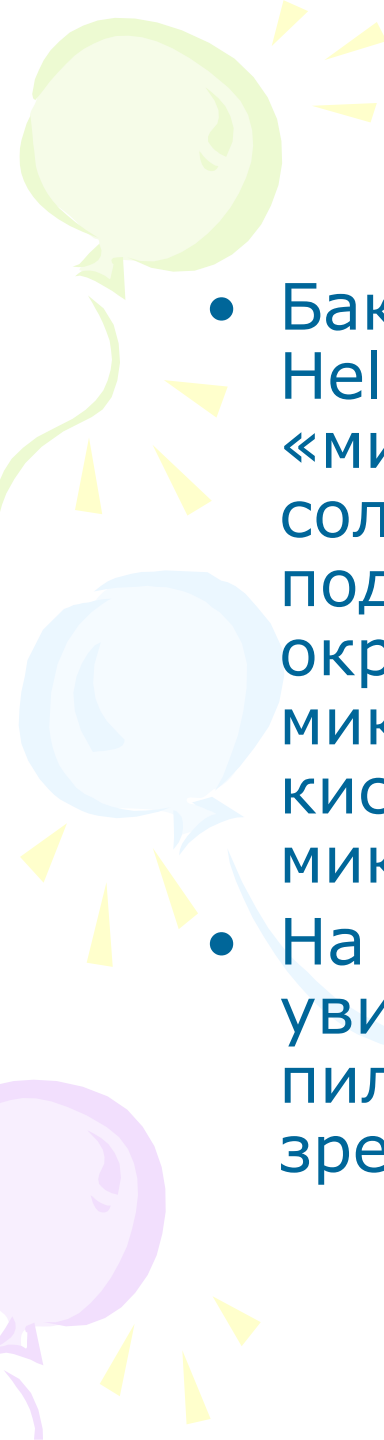
В пресс-релизе Нобелевского комитета говорится что, в 1982 году ученый из Университета Западной Австралии Робин Уоррен обнаружил у более чем половины пациентов, страдающих гастритом или язвой желудка, а также двенадцатиперстной кишки, маленькие изогнутые бактерии. Дополнительные исследования показали, что эти загогулины гнездятся именно в том месте, где начинается воспаление. Бактерии получили название *Helicobacter pylori*.

Его коллега Барри Маршалл из Перта заинтересовался открытием Уоррена, и они вместе приступили к изучению данных биопсии от сотен пациентов. Им удалось выделить и размножить искомые микроорганизмы и детально их изучить. Работая вместе, они также выяснили, что бактерии данного вида живут в организме почти всех людей, страдающих гастритом и язвами.

- 
- Затем ученые предположили, что *Helicobacter pylori* имеет непосредственное отношение к заболеванию. К такому выводу их подтолкнуло то, что вылечившиеся люди снова заболевали, если бактерия оставалась внутри организма. Между тем курс антибиотиков и регуляторов кислотности желудка позволял избавиться от вредителей. И пациенты, которые с помощью антибиотиков уничтожили колонию *Helicobacter pylori*, больше гастритом и язвой не болели.

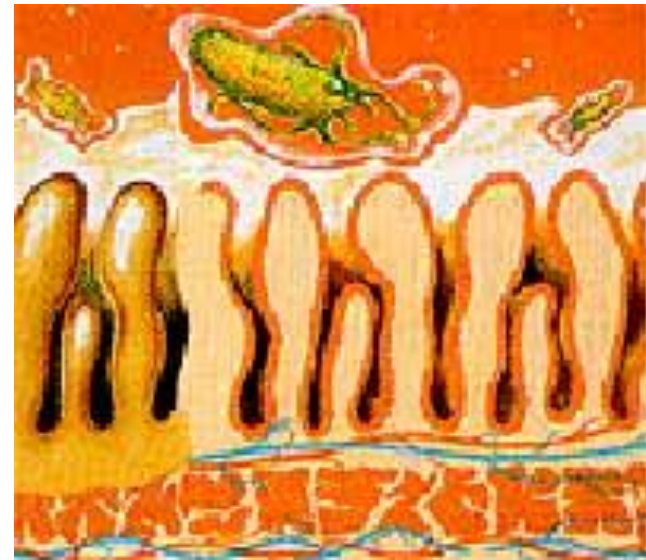
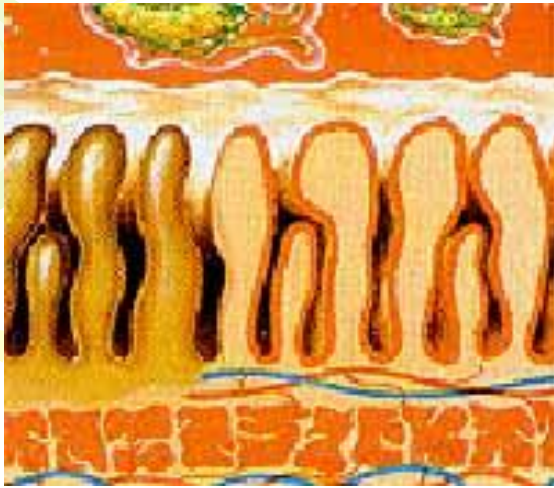
- 
- **Благодаря открытию австралийцев гастрит и язва перестали быть хроническими заболеваниями и стали обычными инфекциями, поддающимися разовому и окончательному лечению.**

- 
- До работы Уоррена и Маршалла в медицине существовала догма, что гастрит и язва – следствие стрессового образа жизни и неправильного питания. Теперь ученые доказали, что *Helicobacter pylori* вызывает 90% язв двенадцатиперстной кишки и 80% язв желудка.

- 
- Бактерия была названа красивым именем *Helicobacter pylori*, что в переводе означает «микроб желудочный спиральный». В соляной кислоте зверюшка плавает в подобии персонального скафандра — она окружает себя пузырьком собственного микрокосма, который нейтрализует соляную кислоту в непосредственной близости от микроба.
  - На рисунках в конце презентации можно увидеть, чем занимается хеликобактер пилори в твоём желудке. Душераздирающее зрелище!







- Хеликобактер пилори плавают в соляной кислоте, окруженный мантией из фермента, который нейтрализует действие кислоты в непосредственной близости от бактерии.

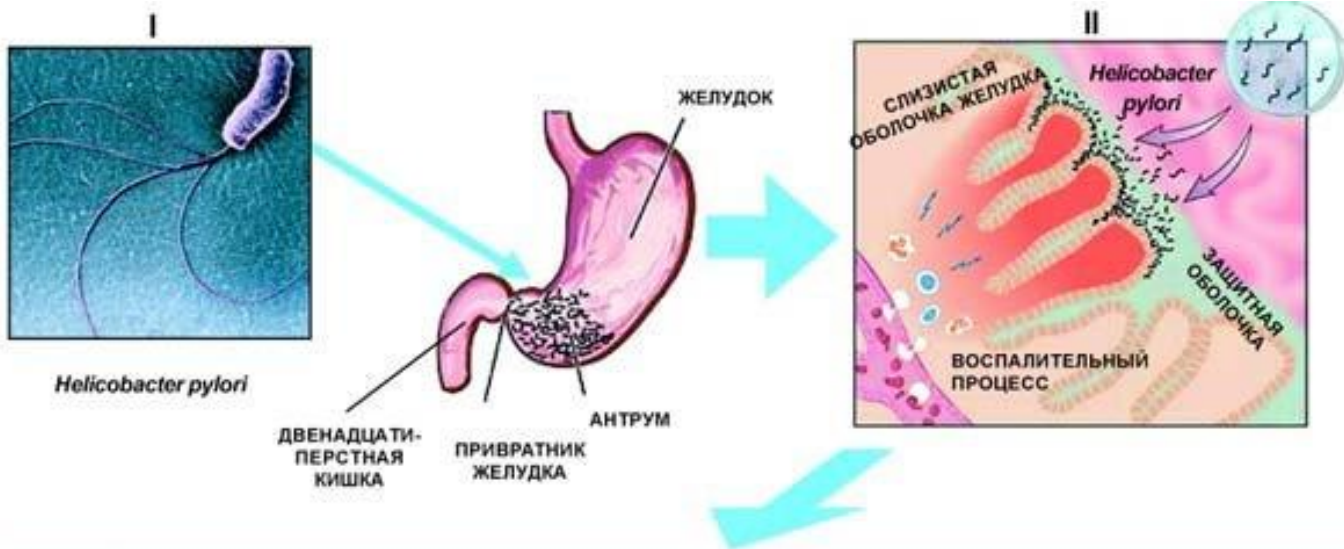


- **Атака**

Своими спиралевидными «усиками» бактерия просверливает вход в слизистую оболочку желудка и пристраивается в клетки эпителия стенок желудка. Там она надежно защищена от кислоты. Хеликобактер пилори питается клетками эпителия и выделяет ядовитые продукты обмена веществ, которые также разрушают клетки.

- **Разрушение**

Поврежденные клетки слизистой оболочки больше не предохраняют стенки желудка от действия кислоты. Сперва на них образуется воспаление, которое потом переходит в язву.





# Нормальная слизистая желудка при ФГДС

- При осмотре гастродуоденоскопом **нормальная** слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки бледно-розового или красного цвета, гладкая, блестящая, со складками, легко расправляющимися при раздувании желудка воздухом. Во время перистальтики складки хорошо конвергируют и приобретают звездчатый характер. Слизистая оболочка покрыта небольшим слоем слизи. Кровоизлияния, эрозии и другие дефекты или очаговые поражения слизистой отсутствуют.





Эндоскопическая картина при остром гастрите (по В.А. Романову). Заметна диффузная гиперемия слизистой и мелкие эритематозные очаги.

**При остром гастрите эндоскопически выявляют гиперемию, отек слизистой оболочки желудка и нередко, особенно при геморрагическом гастрите, выраженную кровоточивость, а также кровоизлияния и множественные эрозии**



# Клиника острого гастрита

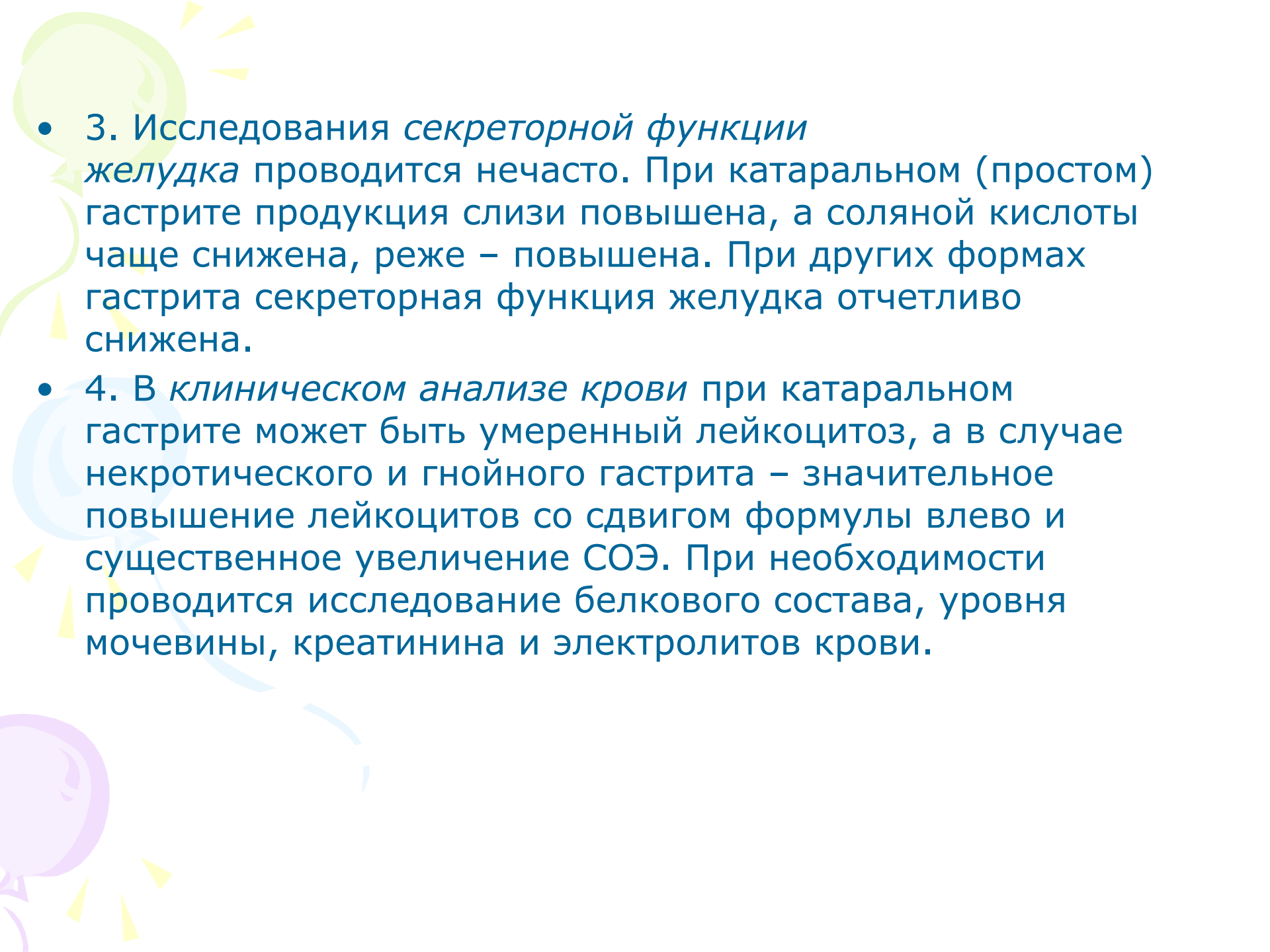
- Проявления ОГ зависят от формы заболевания, характера и тяжести действия этиологического фактора, степени выраженности изменений в других органах и системах организма, фоновой патологии и возраста больных.





# Диагностика

- 1. анамнез
- 2. эндоскопическое обследование. У больных с острым катаральным гастритом эндоскопически отмечается утолщение слизистой оболочки желудка, ее отек, гиперемия, большое количество вязкой слизи. На поверхности слизистой оболочки могут определяться мелкоточечные кровоизлияния и эрозии. У лиц с острым фибринозным гастритом выявляются участки некроза слизистой оболочки, покрытые пленкой фибрина.

- 
- 3. Исследования *секреторной функции желудка* проводится нечасто. При катаральном (простом) гастрите продукция слизи повышена, а соляной кислоты чаще снижена, реже – повышена. При других формах гастрита секреторная функция желудка отчетливо снижена.
  - 4. В *клиническом анализе крови* при катаральном гастрите может быть умеренный лейкоцитоз, а в случае некротического и гнойного гастрита – значительное повышение лейкоцитов со сдвигом формулы влево и существенное увеличение СОЭ. При необходимости проводится исследование белкового состава, уровня мочевины, креатинина и электролитов крови.



# Лечение

Терапия ОГ должна быть комплексной и индивидуальной, основываться на особенностях этиологического фактора и патогенетических механизмов, морфологической формы, тяжести и осложнений болезни. *Она включает охранительный режим, лечебное питание, медикаментозные средства, а при необходимости – хирургическое лечение.*

Продукты и блюда	Разрешаются	Запрещаются
Блюда из круп	Каши-размазни из различных круп	Рассыпчатые сухие каши, гарниры и жареные блюда с крупами
Овощи	Картофель, морковь, тыква, цветная капуста, свекла вареная, протертая в виде овощных пюре и пудингов, салат из мелко порезанных спелых помидоров и очищенных и натертых огурцов с добавлением лиственной зелени. Заправка сливками, некислой сметаной или растительным маслом	Капуста белокочанная, все соленые и маринованные овощи, неочищенные огурцы, редька, редис, свежий лук и чеснок, хрен, жареные овощи
Фрукты и ягоды	Сладкие сорта зрелых фруктов без кожуры, очищенные от пленок мандарины, нежный виноград, бананы, дыня, арбуз, сладкие спелые ягоды	Кислые фрукты и ягоды и блюда из них
Сладкие блюда и напитки	Кисели, компоты, муссы, желе, молочные коктейли с некислыми ягодами и фруктами, сахар, мед, повидло, варенье. Некрепкий чай с молоком или со сливками, слабое какао или суррогатный кофе на молоке, минеральные воды без газа в теплом виде	Блюда из кислых и неспелых ягод и фруктов, мороженое

- Диета при гастрите

Продукты и блюда	Разрешаются	Запрещаются
Хлеб	Белый хлеб и булка вчерашней выпечки, белые сухарики	Черный хлеб, свежий белый хлеб и булка
Изделия из муки	Макаронные изделия из муки высшего сорта в хорошо разваренном виде, домашняя лапша, пудинги из пшеничных сухарей, манной крупы и вермишели	Плохо проваренные макаронные изделия из твердых сортов пшеницы, блины, оладьи, сырники
Супы и бульоны	Вегетарианские без капусты, протертые, с крупами, с добавлением молока, молочные супы	Супы из крепких мясных, рыбных, овощных и грибных бульонов и капустных отваров, борщи и щи со свежей и квашеной капустой
Мясные блюда	Паровые котлеты, кнели, суфле из нежирной говядины, телятины, курицы, индейки, кролика, 1—2 раза в неделю можно давать куском хорошо разваренное мясо говядины или белое мясо кур	Все жирные сорта мяса и птицы, баранина, свинина, копчености, все колбасные изделия, тушенка, консервированные мясные продукты
Соусы	Масляно-яичные, молочные и сметанные	—
Жиры	Сливочное и растительное масло	Топленое масло и сало, внутренний жир
Рыбные блюда	Белая нежирная рыба в отварном или паровом виде, рыбные котлеты, рулеты, кнели	Рыбные консервы, все жирные сорта рыбы, вяленая, копченая рыба, соленая рыбная икра
Яйца	Яйца всмятку или в мешочек, омлет, суфле	Вареные вкрутую яйца, жареная яичница, жареный омлет, драчена
Молочные продукты	Молоко, сливки, сгущенное молоко, свежая сметана и творог, сырковая масса, паровые и запеченные блюда из творога, некислый кефир (с осторожностью), неострые и нежирные сорта свежего сыра	Жареные блюда с творогом, сырники, творожное печенье, острые и жирные сыры



# Хронический гастрит

- Хроническое воспаление слизистой оболочки желудка с перестройкой ее структуры прогрессирующей атрофией, нарушениями моторной, секреторной и инкреторной функций.



Эндоскопическая картина при хроническом неатрофическом (антральном) гастрите (типа В).

Гиперемия слизистой оболочки антрального отдела желудка

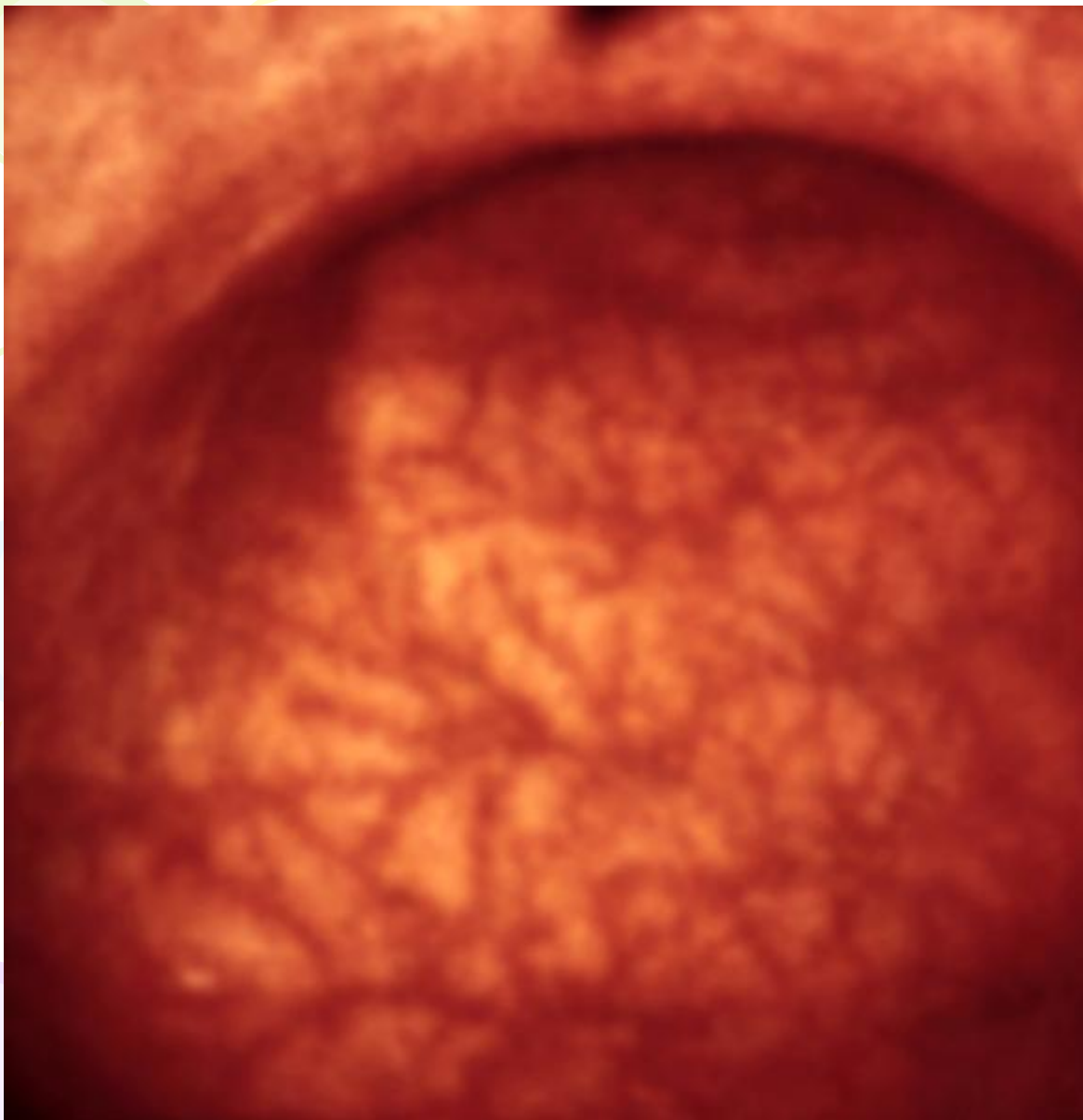
- Эндоскопическая картина при **хроническом неатрофическом (антральном) гастрите** характеризуется выраженной гиперемией и отеком слизистой оболочки этого отдела желудка, наличием подслизистых кровоизлияний и эрозий, гиперплазией складок. Нередко выявляется также замедление эвакуации из желудка, антральный стаз и спазм привратника.



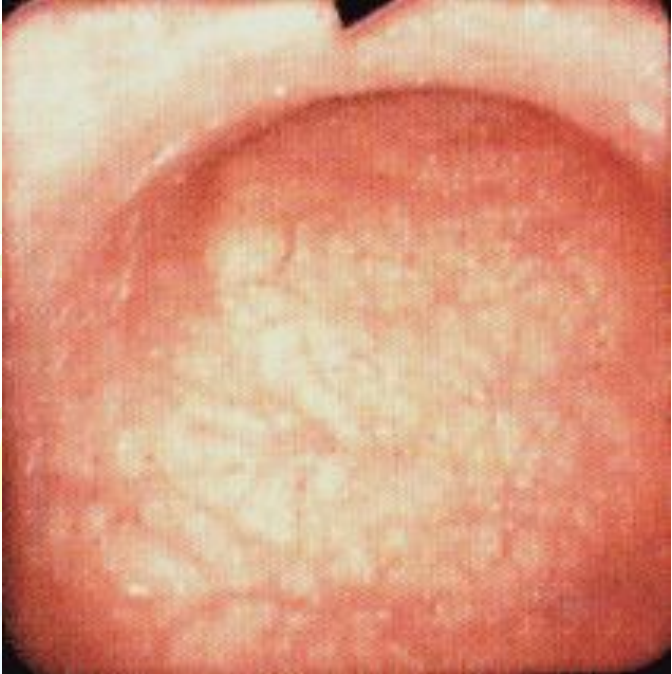


## Эндоскопическая картина при хроническом атрофическом пангастрите (смешанном гастрите типа А и В)

- Для **хронического диффузного пангастрита**, на поздних стадиях сопровождающегося атрофией слизистой, характерно распространенное поражение антрального отдела и тела желудка, бледность, сглаженность, истончение слизистой, через которую просвечивают сосуды подслизистого слоя. Как правило, отмечается повышенная ранимость слизистой, ее кровоточивость.
- Выявляются также эндоскопические признаки гипотонии желудочной стенки, снижение моторики, дуоденогастральный рефлюкс с поступлением желчи в просвет желудка.



- Атрофически  
й гастрит



Эндоскопическая картина  
при хроническом  
аутоиммунном гастрите  
(типа А)

- **Аутоиммунный хронический гастрит** (гастрит тела желудка, или гастрит типа А) эндоскопически характеризуется признаками воспаления (отек, гиперемия и т. п.) и атрофии слизистой этого отдела желудка.

Эндоскопическая картина  
при хроническом  
гипертрофическом гастрите  
(болезни Менетрие)  
(по В.А. Романову)



- При **гипертрофическом гастрите** (болезни Менетрие) эндоскопически выявляются гигантские складки слизистой и обильная вязкая слизь.



# ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

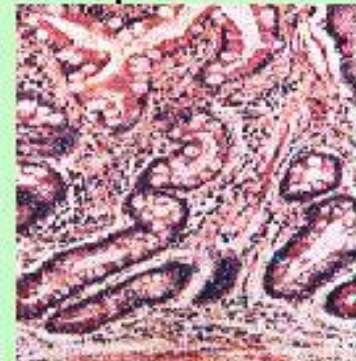
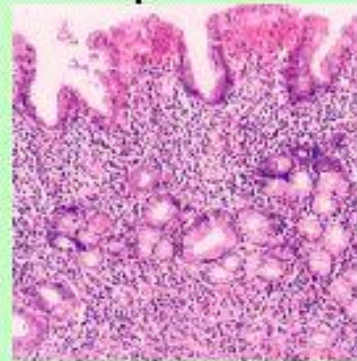
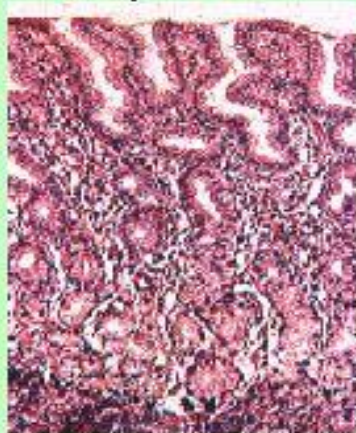
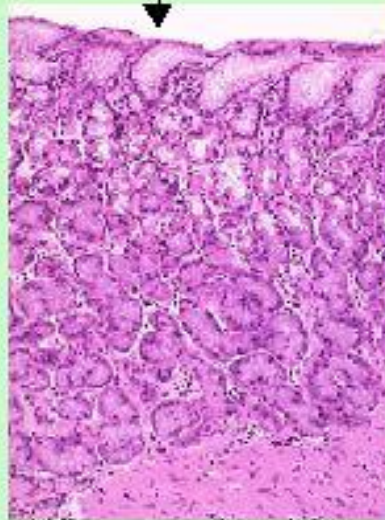
рис. 7.



нормальная  
слизистая желудка

**неатрофический  
гастрит:**  
уменьшение количества спец. клеток

**атрофический гастрит:**  
*качественные изменения состава эпителия,  
фиброз, лимфоциты*    *кишечная метаплазия,*





# HELICOBACTER PYLORI INFECTION

COMMON PRECURSOR  
OF GASTRITIS AND  
PEPTIC ULCERS

RISK FACTOR FOR  
GASTRIC CARCINOMA

CURVED  
GRAM-NEGATIVE  
ROD

ORGANISMS SYNTHESIZE  
UREASE, WHICH PRODUCES  
AMMONIA THAT DAMAGES  
THE GASTRIC MUCOSA

TREATMENT:  
AMOXICILLIN,  
METRONIDAZOLE,  
AND BISMUTH

AMMONIA ALSO  
NEUTRALIZES ACID PH,  
WHICH ALLOWS THE ORGANISM  
TO LIVE IN THE STOMACH



# Диагностика

- 1. RГ. Необходимо для исключения язвы, рака, полипоза и других заболеваний желудка. Однако, при гигантском гипертрофическом гастрите складки слизистой оболочки резко утолщены на ограниченном участке(при локальном варианте) или по всему желудку( при диффузном варианте). Видна перистальтика.

- 2. ФЭГДС. Кроме осмотра слизистой оболочки желудка и 12 п.к., позволяет получить биопсийный материал для морфологического и гистологического исследования с последующей точной диагностикой формы хронического гастрита.
- 3. Исследование секреторной функции желудка.
- - фракционное желудочное зондирование.

# Методика фракционного желудочного зондирования

**Желудочный зонд** - это резиновая трубка диаметром 4-5 мм (тонкий зонд) длиной 100-150 см, слепой конец которой имеет 2 боковых отверстия. Глубина введения зонда рассчитывается следующим образом: Рост – 100. В этом случае его конец находится у привратника.

- Чаще всего у взрослого человека это соответствует метке 70-75 см.
- Сразу после введения зонда содержимое желудка откачивают шприцем в пробирку – это **первая порция – натощак**.
- Затем в течение часа каждые 15 минут откачивают содержимое желудка в отдельные пробирки:
- 2-3-4-5 порции – это первая фаза секреции – **базальная желудочная секреция**.
- Затем вводят стимулятор секреции: гистамин – 0,01 мг/кг веса тела пациента при субмаксимальной стимуляции. И в течение еще 1 часа собирают еще 4 пробирки через 15 минут – это **стимулированная секреция**.
- Все 9 порций отправляют в лабораторию.

# Показания

- Язва желудка;
- Болезни желчных путей, печени;
- Анемия (малокровие);
- Нарушения работы желудка (ахлогидрия, «раздраженный» желудок);
- Раковое новообразование;
- Болезни, при которых в процесс вовлекается желудок;
- Гастрит.

A decorative graphic on the left side of the slide features three balloons in light green, light blue, and light purple, each with a yellow string and a yellow ribbon. Several yellow triangular rays emanate from behind the balloons, creating a sunburst effect.

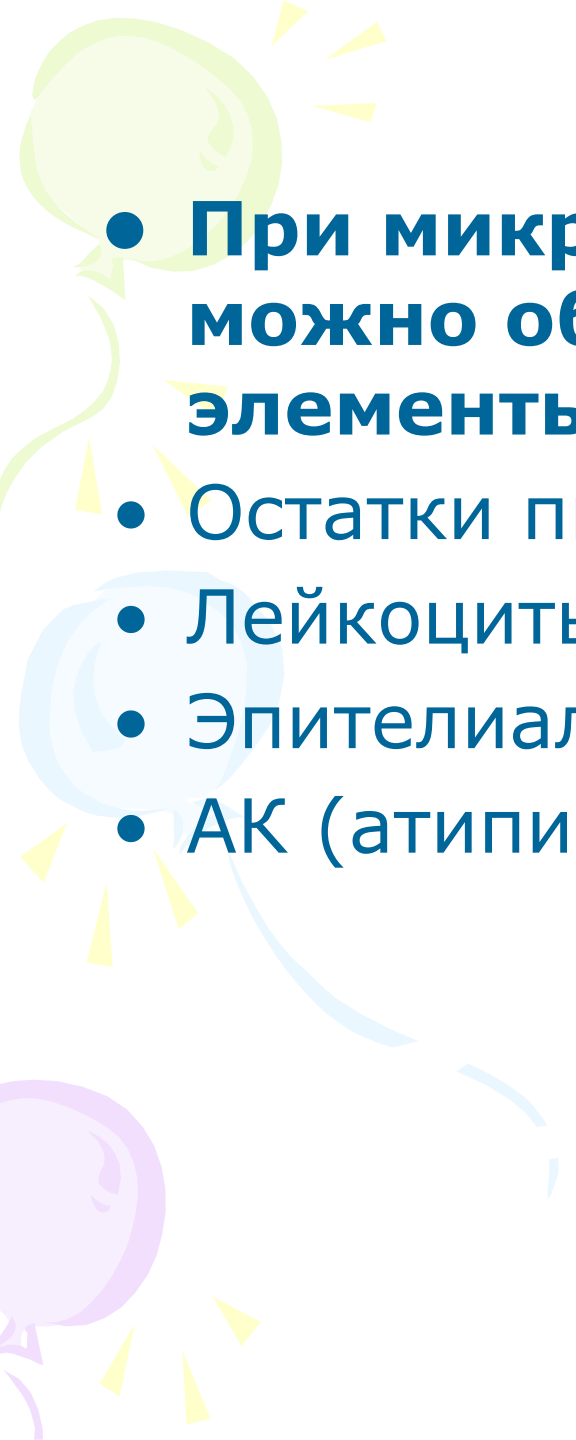
# ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ

- Перед началом проведения зондирования, больного подготавливают следующим образом:
- Объясняют суть и цель исследования;
- Предупреждают о том, что ужин должен быть не позже 18:00 часов накануне вечером;
- **Исследование проводится на голодный желудок;**
- Перед зондированием нельзя курить;
- **За 3 дня до манипуляции нужно отменить прием лекарственных препаратов.**

# Результаты

- В каждой взятой порции определяют следующие показатели:
- Объем, 5–40 мл;
- Объем чистого желудочного сока;
- Число хлоридов;
- Объем соляной кислоты в свободном виде (20 – 40 ТЕ): больше 40 (перацидность) говорит о язве двенадцатиперстной кишки, хроническом гастрите, меньше 20 ТЕ (гипоцидность) возникает при раковых новообразованиях, отравлениях, хронических гастритах, инфекционных процессах. Отсутствие свободной кислоты (ахилия) наблюдается при сахарном диабете, раке желудка, анемии;
- Активность пепсина;
- Консистенция: вязкая и тягучая говорит о наличии гастрита, в норме содержимое жидкое;
- Общая кислотность (40–60 ТЕ);
- Молочная кислота – в норме отсутствует, появляется при застое пищевых масс в органе, раковых новообразованиях;
- Запах отсутствует либо слегка кислый;
- Жидкость в норме бесцветная, примесь крови дает коричневый или красный оттенок, желчь – зеленоватый цвет;
- В норме присутствует небольшое число слизи.





- **При микроскопическом изучении можно обнаружить следующие элементы:**

- Остатки пищи;
- Лейкоциты;
- Эпителиальные клетки;
- АК (атипичные клетки – раковые).



- **Поэтажная манометрия**

- Методика поэтажной манометрии верхних отделов пищеварительного тракта заключается во введении катетера и регистрации изменений давления. При химическом (реактивном) гастрите выявляют повышение давления в двенадцатиперстной кишке до 200-240 мм вод. ст. (норма 80-130 мм вод. ст.)





# Выявление НР

- **ИНВАЗИВНЫЕ ТЕСТЫ**  
(ПОДРАЗУМЕВАЮТ ПРОВЕДЕНИЕ ФЭГДС С  
БИОПСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ)

## ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

- Гистологический метод исследования основан на микроскопическом изучении мазков-отпечатков после предварительной окраски «классическими» способами. Анализ помогает выявить уровень атрофии, наличие воспаления и общую обсемененность биоптата *Helicobacter pylori*. Методика позволяет установить кишечную метаплазию.

## ● **БЫСТРЫЙ УРЕАЗНЫЙ ТЕСТ**

- Хелпил-тест базируется на том, что НР синтезирует уреазу, а под ее действием мочевины гидролизуются с высвобождением ионов аммония. Кислотность смещается в щелочную сторону, что определяется посредством индикатора. Материал помещается в жидкость, содержащую нужный индикатор и мочевины. Если цвет меняется, это может говорить о наличии патогенного микроорганизма.

## ● **БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД**

- Бактериологический метод изучения биоптата позволяет провести культуральный анализ и установить восприимчивость штамма к антибиотикам. Исследование проводится, начиная антибиотикотерапию «первой линии». Методика особенно актуальна в областях, где у населения низкая восприимчивость к такому распространенному препарату, как кларитромицин. Она также применяется, если предполагается проведение стандартной эрадикационной терапии. Бактериологический метод актуален и в том случае, если терапия «второй линии» оказывается неэффективной.



A decorative vertical strip on the left side of the slide features three balloons: a light green one at the top, a light blue one in the middle, and a light purple one at the bottom. Each balloon is accompanied by several small, yellow, triangular shapes that resemble confetti or streamers, creating a festive and celebratory atmosphere.

# НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ

## ● СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

- Серологический метод, также базирующийся на иммуноферментном анализе, состоит в выявлении иммуноглобулина G к *Helicobacter pylori*. Материалом для исследования в данном случае является сыворотка крови. Поскольку IgG сохраняется в крови достаточно продолжительное время, применять метод для контроля за эффективностью лечения нецелесообразно.
- Клиническое значение- не позволяет дифференцировать факт инфицирования в анамнезе от наличия НР в настоящий момент.



- **ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕКАЛИЙ НА НАЛИЧИЕ АНТИГЕНА HELICOBACTER PYLORI (ИФА)**

- Наиболее чувствительным методом определения характерного антигена является иммуноферментный анализ с использованием моноклональных тел. Он применяется как для начальной диагностики, так и для определения эффективности проводимой терапии.

- Уреазный дыхательный тест базируется на изучении состава выдыхаемого пациентом воздуха после предварительного приема раствора мочевины. Раствор предварительно помечен изотопом углерода ( $^{13}\text{C}$ ). Если в желудке пациента присутствует *Helicobacter pylori*, идет химическая реакция – под действием бактериальной уреазы мочевина проходит цепь реакций, итогом которой становится  $\text{CO}_2$ , который выходит из легких больного и фиксируется спектрометром на выдохе. Данный тест используется как для выявления патологии, так и для определения действенности проводимых терапевтических мер.



# Дифференциальная диагностика

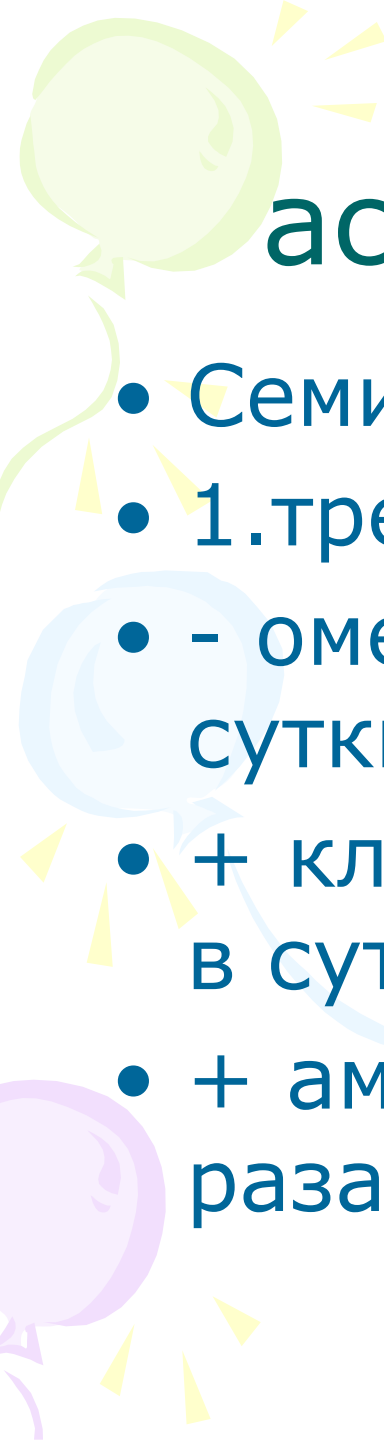
- 1. ЯБЖ
- 2. Рак желудка (необходимо комплексное рентгенэндоскопическое исследование с множественной прицельной биопсией из наиболее измененных участков слизистой оболочки)



# Лечение

- Амбулаторное.
- Госпитализация при обострении. Зависит от типа гастрита, секреторной функции желудка, включает определенный диетический режим, фармакотерапию, физиотерапевтическое и санаторное-курортное лечение.



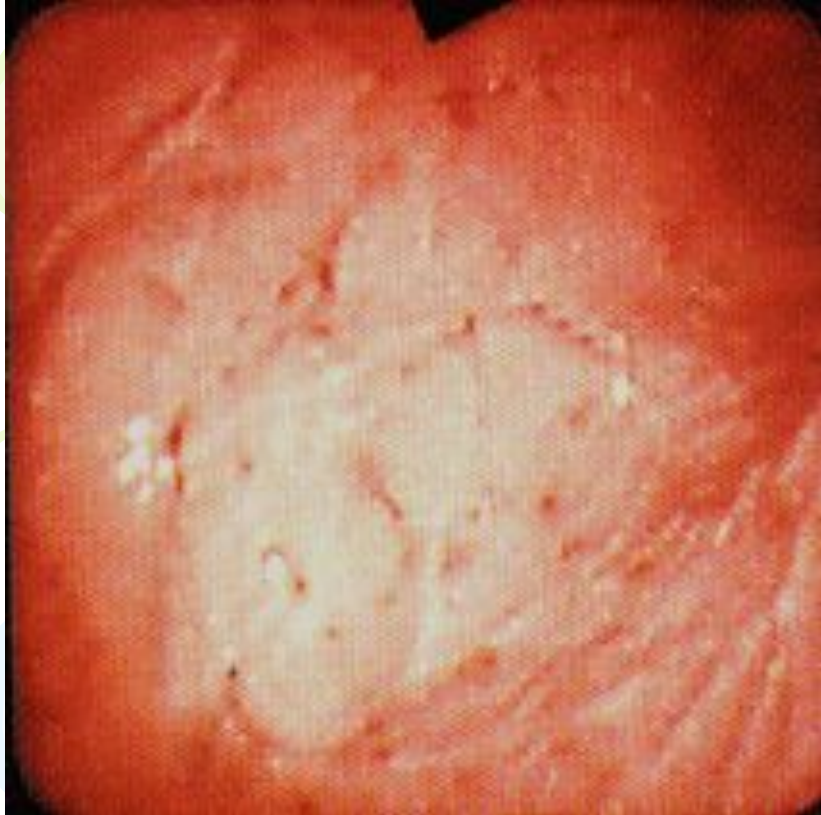


# Гастриты, ассоциированные с НР

- Семидневные схемы
- 1.трехкомпонентная схема
- - омепразол внутрь по 20 мг 2 р в сутки
- + кларитромицин внутрь 500 мг 2 р в сутки
- + амоксициллин внутрь 1000 мг 2 раза в сутки

# При неэффективности

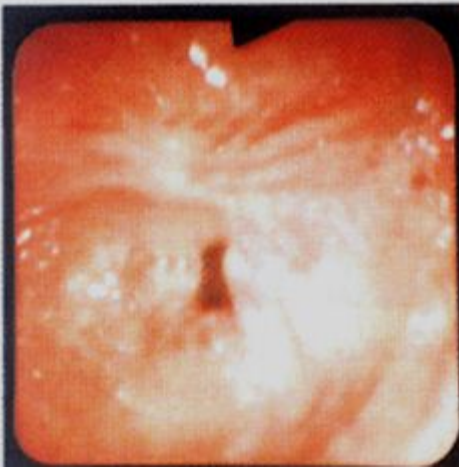
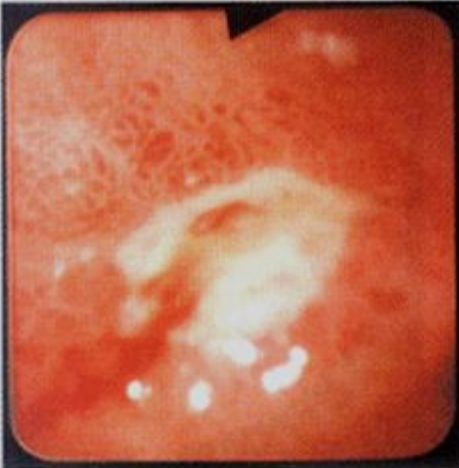
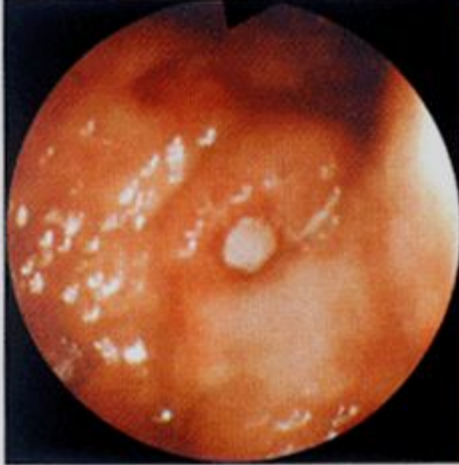
- Четырехкомпонентная схема
- 1. омепразол 20 мг 2 раза в сутки  
+ висмут субцитрат коллоидный  
внутри 120 мг 4 раза в сутки
- + метронидазол внутри 500 мг 3  
раза в сутки
- + тетрациклин внутри 500 мг 4  
раза в сутки



Эндоскопическая картина при деформации луковицы двенадцатиперстной кишки . В луковице заметен длинный линейный рубец, деформирующий двенадцатиперстную кишку

- Деформация луковицы, также выявляемая при гастродуоденоскопии, не всегда связана с развитием фиброза стенки двенадцатиперстной кишки и нередко может иметь функциональную природу (склонность к гиперкинезу, спазму).
- В этих случаях введение спазмолитиков может привести к исчезновению признаков деформации, тогда как при истинных дуоденитах и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки эти признаки в условиях гладкомышечной релаксации не исчезают

# Динамика эндоскопической картины при язвенной болезни желудка



- а - фаза обострения (вокруг язвы выраженный воспалительный вал);
- б - фаза заживления (по периферии язвы заметна грануляционная ткань);
- в - фаза рубцевания (образование грубого рубца с нарушением рельефа слизистой и деформацией органа)

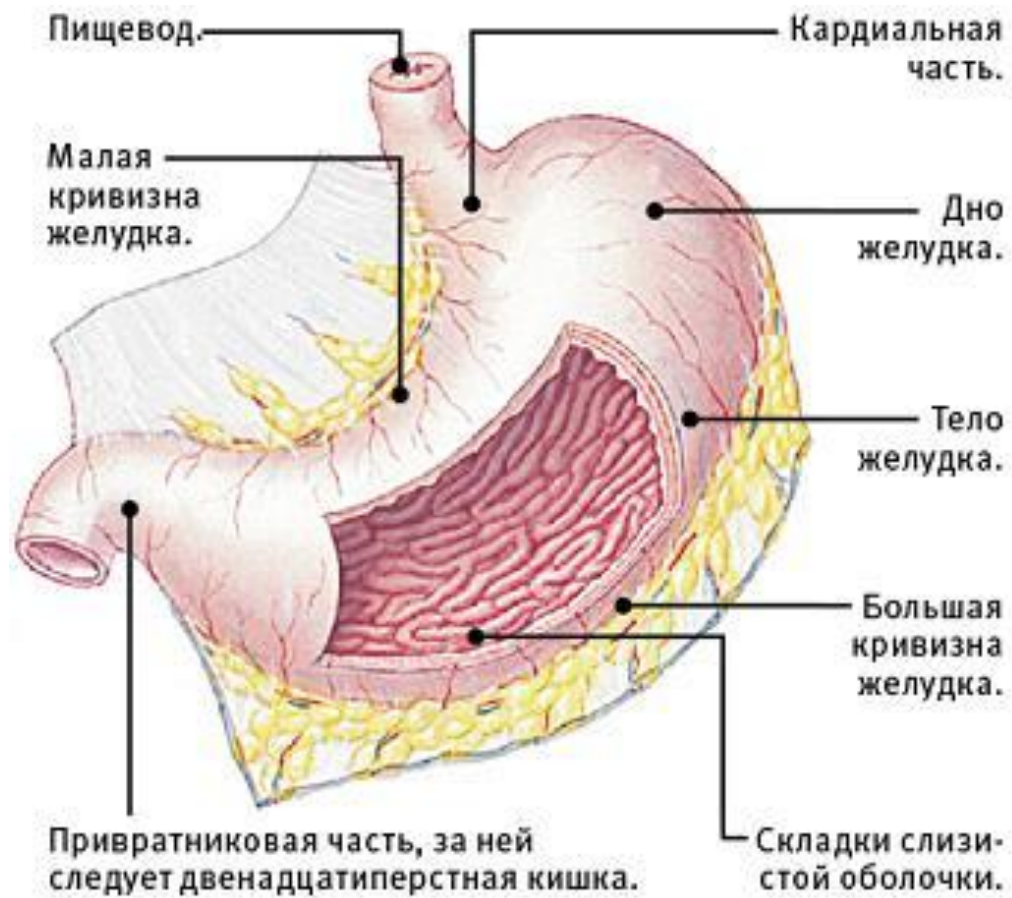
# Динамика эндоскопической картины при язвенной болезни желудка

- В **фазе обострения язвенной болезни** неосложненные язвы чаще имеют округлую форму. Края язвы высокие, ровные и четко очерченные. Вокруг язвы слизистая оболочка отечна и гиперемирована, имеет вид приподнятого валика, который четко отграничен от окружающей слизистой и возвышается над ней (П. Я. Григорьев и А. В. Яковенко, 1997 г.). Дно язвы покрыто желтовато-серым налетом, иногда (при кровоточащей язве) — геморрагическим.
- В **фазе заживления** происходит уменьшение глубины и диаметра язвы. Она приобретает овальную или щелевидную форму. В дне язвы бывает заметна грануляционная ткань. Происходит также заметное уменьшение воспалительного валика, отека и гиперемии слизистой вокруг язвы. Иногда можно заметить конвергенцию складок слизистой к области локализации язвы.
- В **фазе рубцевания** на месте язвы образуется различной формы рубец. Средние сроки рубцевания — от 17 до 22 дней. Чаще образуются линейные и звездчатые белесоватые рубцы с различными нарушениями рельефа слизистой оболочки. При заживлении глубоких язв или при частых рецидивах болезни могут развиваться достаточно грубые деформации и стенозы.
- Качество рубцевания язв существенно улучшается при проведении курса эндоскопической лазеротерапии — систематического облучения язвенного дефекта гелий-неоновым лазером с помощью специальных световодов, подводимых непосредственно к области язвы через гастрофиброскоп. В 70–80% случаев на месте язв образуются нежные линейные рубцы, не деформирующие слизистую оболочку (М. О. Омаров, 1996 г.).

# Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

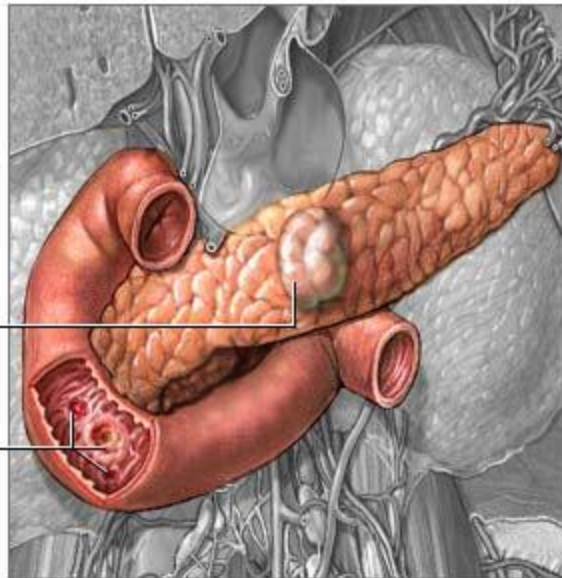
- Гастродуоденоскопия — самый надежный метод выявления язвенных дефектов слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. При язвенной болезни эндоскопическое исследование позволяет:
    - 1.** выявить язвенный дефект и описать его локализацию, размеры, характер, наличие и распространенность сопутствующего воспаления слизистой;
    - 2.** обеспечить объективный контроль за эффективностью противоязвенного лечения, скоростью и качеством рубцевания;
    - 3.** проводить высокоэффективное местное лечение язвы путем введения различных лекарственных веществ непосредственно в область поражения или облучения язвы низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером (эндоскопическая лазеротерапия).
- Язвы чаще локализуются на малой кривизне желудка, в его пилорическом и препилорическом отделе и в луковице двенадцатиперстной кишки.







- **Язва желудка**



Zollinger-Ellison tumor in pancreas

Duodenal ulcers due to hyperacidity



- Язва препилорического отдела на фоне атрофического **гастрита**

## Запомните

1. Эндоскопическими признаками *воспаления* слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки являются отек, гиперемия и, нередко, легкая контактная кровоточивость, кровоизлияния и эрозии.
2. *Атрофия слизистой* сопровождается ее истончением, бледностью, просвечиванием сосудов подслизистого слоя.
3. При *хроническом неатрофическом (антральном)* гастрите нередко наблюдается замедление эвакуации из желудка, антральный стаз и спазм привратника.
4. *Хронический атрофический гастрит* сопровождается гипотонией желудочной стенки, снижением моторики, дуоденогастральным рефлюксом.
5. При *хроническом дистальном дуодените* нередко наблюдается воспалительный отек в области фатерова соска, что ведет к развитию дискинезий желчевыводящих путей и нарушению



Таблица. Классификация хронического гастрита

Тип гастрита	Этиологические факторы	Синонимы
<b>Неатрофический</b>		
• неатрофический	<i>H. pylori</i> и др.	поверхностный, диффузный антральный, интерстициальный, фолликулярный, гиперсекреторный, тип В
<b>Атрофический</b>		
• аутоиммунный	аутоиммунный	тип А, диффузный тела желудка, ассоциированный с пернициозной анемией
• мультифокальный	<i>H. pylori</i> , особенности питания, среды	
<b>Особые формы</b>		
• химический	химические раздражители, желчь, нестероидные противовоспалительные препараты	реактивный рефлюкс-гастрит, тип С
• радиационный	лучевые поражения	
• лимфоцитарный	идиопатический, иммунные механизмы, глютен, <i>H. pylori</i>	вариолиформный, ассоциированный с целиакией
• неинфекционный гранулематозный	болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегнера, инородные тела, идиопатический	изолированный гранулематоз
• эозинофильный	пищевая аллергия, другие аллергены	аллергический
• другие инфекционные	бактерии (кроме <i>H. pylori</i> ), вирусы, грибы, паразиты	





- Эндоскопическая картина при остром **гастрите** (по В.А. Романову).

