ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

Определение. Хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, при котором нарушается физиологическая регенерация железистого эпителия с прогрессирующей его атрофией и развитием секреторной моторной и инкреторной недостаточности функций.

На сегодняшний день хронический гастрит рассматривается как исключительно морфологическое понятие.

Этиопатогенетические факторы:

Экзогенные:

1).Алиментарный (механически, химически, термически «грубая пища», питание всухомятку, нерегулярное)

2).Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголя, постоянное использование жевательной резинки)

3).Профессиональные вредности (СВЧ, вибрация, пары кислот, щелочей хлопковая, угольная, силикатная пыль)

4). Лекарственные (резерпин, НПВС, глюкокортикоиды)

5). Стрессы

6). Helyicobakter pylori (Hp) – 85-90% случаев

Эндогенные:

1). Воспалительные заболевания органов брюшной полости

2). Хронические очаги инфекции (ротовая полость, ЛОР-органы)

3).Эндокринные (сахарный диабет, болезнь Иценко-Кушинга, гиперпаратиреоз, гипокортицизм)

4). Токсико-метаболические (кетоацидоз, уремия)

5). Гипоксические (дыхательная, сердечная недостаточность, анемия)

6). Аллергия

7). Отягощенная наследственность

Классификация (Сидней, 1990г., Хьюстон, 1994г.)

По этиологии:

1. Хронический гастрит типа А (аутоиммунный)
2. Хронический гастрит типа В (хеликобактерный)
3. Хронический гастрит типа С (рефлюкс- гастрит)
4. Хронический лекарственный гастрит
5. Хронический гастрит этаноловый
6. Хронический гастрит неустановленной этиологии
7. Особые формы гастрита:

-лимфоцитарный (часто наблюдается при целиакии, инфекции Hp),

-гранулематозный (при болезни Крона, саркоидозе, туберкулезе),

-эозинофильный (при системных васкулитах, пищевой аллергии, бронхиальной астме),

-гипертрофический (болезнь Менетрие),

-полипозный

По топографическому признаку:

а) антральный гастрит

б) гастрит тела желудка (фундальный)

в) пангастрит

По гистологическому признаку:

1.Степень воспаления (минимальная, умеренная, выраженная)
2.Степень атрофии (минимальная, умеренная, выраженная)
3.Степень кишечной метаплазии (минимальная, умеренная, выраженная)
4.Степень обсемененности НР (минимальная, умеренная, выраженная)

По состоянию кислотообразующей функции желудка:

А. Повышенная и нормальная секреторная функция.
Б. С секреторной недостаточностью

Международная классификация (Хьюстон), 1994г.

1.Неатрофический (поверхностный, диффузный антральный, тип В, Нр-ассоциированный)
2.Атрофический (аутоиммунный, диффузный фундальный, тип А)
3.Особые формы
-химический (тип С)
-радиационный
-лимфоцитарный (эрозивный, вариолоформный, ассоциированный с целиакией)
-инфекционный (бактерии, кроме Нр, вирусы, грибы, паразиты)
-гранулематозный (болезнь Крона, саркоидоз)
-коллагенозный
-эозинофильный

По эндоскопическим признакам:

-эритематозный
-эрозивный (плоские или простые эрозии; полные эрозии)
-гиперпластический
-геморрагический
-рефлюкс-гастрит

Классификация OLGA (operative link gastritis assesment), 2008г.

Система оценки гастритов по анализу 5 биоптатов, с целью выявления риска рака желудка. Определяют степень активности гастрита (по выраженности воспалительной инфильтрации нейтрофилами и мононуклеарами), стадию гастрита (по выраженности атрофии)

Клиническая картина (табл. 2). При хроническом гастрите может отсутствовать или обнаруживаться в рамках функциональной желудочной диспепсии. Наличие гастрита не исключает диагноз «функциональная диспепсия».

Таблица 2

Клинические синдромы функциональной диспепсии

Признак	Гиперсекреция	Гипосекреция
Эпигастральный болевой синдром	Схваткообразная боль в правой половине эпигастрия, через 1-1,5 ч после еды, натощак	Разлитая боль в эпигастрии сразу после еды
Постпрандиальный	Тяжесть в эпигастрии	Тяжесть в эпигастрии,

дистресс-синдром	после еды, чувство переполнения, отрыжка кислым	чувство быстрого насыщения. Снижение аппетита, отрыжка тухлым, воздухом, тошнота
Вторичная кишечная диспепсия	Запоры	Поносы, урчание, вздутие после еды
Другие	Ваготония (гипергидроз, красный дермографизм, гипотония,брадикардия)	М.б. демпинг-синдром, полигиповитаминоз. При аутоиммунном гастрите – В12-дефицитная анемия, часто в сочетании с тиреоидитом, сахарным дабетом 1 типа

Объективные признаки

-Обложенность языка белым или желтым налетом с отпечатками зубов на боковой поверхности, иногда лакированный язык (при В12-дефицитной анемии)

-Болезненность при пальпации живота в эпигастральной, пилородуоденальной зоне

-Могут быть пониженный вес, бледность, симптомы гиповитаминоза (заеды, гиперкератоз, ломкость волос и ногтей)

-Может быть симптом Флекеля (добавочные соски)

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови

2.Биохимический анализ крови (общий белок и фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, сахар, холестерин, сывороточное железо, креатинин)

3.Копрограмма, кал на яйца глист и реакцию Грегерсена

4.Уреазный дыхательный тест на Нр

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Выявление Нр методом ПЦР в кале

2.Определение уровня витамина B_{12} в крови

3.Определение антител к париетальным клеткам желудка, внутреннему фактору Касла

4. «*Серологическая биопсия желудка»:*

- уровень пепсиногена I (снижен при атрофии слизистой тела желудка; при уровне менее 25 – риск метаплазии),

- уровень базального и постпрандиального гастрина-17 (снижен при атрофии слизистой антрального отдела; при атрофии только тела желудка и отсутствии атрофии антрального отдела – гастрин-17 повышен)

-соотношение: пепсиноген I/пепсиноген II (снижено менее 3 - при атрофии тела и дна желудка; пепсиноген I вырабатывается главными клетками тела и дна желудка, пепсиноген II – муцинообразующими клетками всех отделов, при воспалении)

Методы инструментальной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с прицельной биопсией (не менее 5 биоптатов) и идентификацией Нр.

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Фракционное желудочное зондирование (до и после стимуляции главных желез гистамином или пентагастрином) для оценки секреторной функции желудка.

2. Интрагастральная pH- метрия.

3. Рентген желудка

4.УЗИ органов брюшной полости

Методы идентификации Нр:

Прямые методы (исследование биоптата слизистой желудка)

- кампи-тест (уреазный тест)
- цитологический метод (окраска мазков отпечатков красителем Романовского-Гимзы)
- микробиологический метод
- ПЦР в биоптате

Непрямые методы (без биопсии)

- серологический с определением титров антител Ig G, реже Ig A
- уреазный дыхательный тест
- ПЦР (определение антигенов НР) в стуле
- *анализ устойчивости НР к антибиотикам* (стандартный культуральный тест или молекулярно-генетические тесты). Согласно IV Маастрихтским соглашениям (2011 г.), выполнение данного теста показано перед проведением терапии первой линии в регионах с высокой устойчивостью НР к кларитромицину, а также перед терапией второй линии во всех регионах. За 2 недели перед проведением теста необходимо отменить ингибиторы протонного насоса.

Примеры формулировки диагноза:

1. Хронический антральный гастрит, ассоциированный с Нр. Функциональная диспепсия с синдромом эпигастральной боли.

2. Хронический гастрит, ассоциированный с Нр, с очаговой атрофией и метаплазией тонкокишечного типа. Функциональная диспепсия по типу постпрандиального дистресс-синдрома.

3. Хронический аутоиммунный атрофический гастрит, активный (высокая активность), с преимущественным поражением тела желудка, осложненный витамин-B_{12}-дефицитной анемией легкой степени тяжести.

Дифференциально-диагностический ряд.

1.Язвенная болезнь

2.Рак желудка

3.Функциональная (неязвенная) диспепсия

4.Хронический панкреатит
5.Хронический холецистит
6.Функциональные расстройства билиарного тракта
7.Заболевания кишечника

Принципы терапии

1.Этиотропная терапия – устранение провоцирующих факторов, вредных привычек, эрадикация Нр, диета, психотропные средства

2.Патогенетическая терапия – коррекция секреторных и моторных нарушений

3.Симптоматическая терапия – купирование болевого синдрома, диспепсических жалоб (табл. 3).

Таблица 3

Схема терапии хронического гастрита

При пониженной кислотности	При повышенной кислотности
1.**Заместительная терапия** (ацедин-пепсин, пепсидил)	1.**Секретолитики** -*Н2-гистаминоблокаторы:* циметидин, ранитидин, фамотидин (квамател), роксатидин -*Ингибиторы протонной помпы (ИПП):* омепразол (гастрозол, лосек, омез, ромесек), лансопразол, пантопразол, рабепразол (париет), эзомепразол (нексиум) -*Холинолитики:* метацин, гастроцепин
2.Стимуляция секреции (эуфиллин, никотиновая кислотата, лимонтар, глюконат кальция)	**2.Антациды** -*Невсасывающиеся:* алюминия, магния гидроокиси – маалокс, альмагель -*Адсорбирующие* : викалин, викаир, вентрисол - *Всасывающиеся (растворимые)*: сода, жженая магнезия
3.Улучшение микроциркуляции (курантил, продектин)	**3.Гастропротекторы** - *Обволакивающие и вяжущие* (пленкообразующие): соли висмута (де-нол), алюминия (сукральфат), альгиновая кислота, фитопрепараты (ромашка, семя льна, подорожник, мята, тысячелистник, зверобой) - *Синтетические аналоги простагландина Е1:* мизопростол Стимуляторы синтеза эндогенного простогландина Е2 - ребамипид

4.Симптоматическая (спазмолитики, прокинетики (мотилиум, ганатон), травы, поливитамины)	**4.Антибиотики** при выявлении Нр (тетрациклины, метронидазол, макролиды, нитрофураны, пенициллины, левофлоксацин и др.)

Эрадикационная терапия

При обнаружении хеликобактерной инфекции, необходима ее эрадикация, что является важнейшим фактором профилактики развития рака желудка.

Показания (Маастрихт – 5, 2017г.)

Строго рекомендуемые:

-Дуоденальная / желудочная язва (активная или неактивная, включая осложненное течение)

-MALT – лимфома (mucosal assotiation lymphatic tissue – экстранодальная В-клеточная лимфома из клеток маргинальной зоны слизистой оболочки желудка, низкой степени злокачественности)

-Атрофический гастрит

-Состояние после резекции желудка по поводу рака

-Пациенты, являющиеся родственниками первой линии пациентов с раком желудка

-Желание пациента (после подробной консультации с врачом)

Желаемые:

- Функциональная желудочная диспепсия
- НПВП-гастропатия
- ГЭРБ

Схемы эрадикационной терапии

ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ

1.Тройная стандартная терапия: ИПП + 2 антибиотика 7 или 14 дней
Омепразол 20мг 2р/сут +Кларитромицин 500мг 2р/сут +Амоксицилин 1000мг 2р/сут. или

2.Последовательная терапия:
ИПП + Амоксицилин 5 дней, затем ИПП + Кларитромицин + Метронидазол 5 дней.

ТЕРАПИЯ ВТОРОЙ ЛИНИИ (КВАДРОТЕРАПИЯ):

ИПП + соли висмута + 2 антибиотика в течение 7 или 14 дней
Де-нол 240 мг 2р/сут + Тетрациклин 500 мг 4р/сут + Метронидазол 500мг 3р/сут.

ТЕРАПИЯ ТРЕТЬЕЙ ЛИНИИ

1.ИПП +Амоксицилин (или Кларитромицин) + Левофлоксацин 250мг 2р./сут.
2.ИПП +Амоксицилин + Фуразолидон 200мг 2р./сут.
3.ИПП = Амоксицилин + Рифабутин 150мг 2р./сут.
4.Индивидуальная терапия после определения чувствительности НР к антибиотикам.

В качестве адьювантной терапии, при эрадикации целесообразно использование пробиотиков (линекс, бифиформ), пребиотиков (дюфалак), молочнокислых продуктов.

Контроль эффективности эрадикационной терапии проводится при помощи уреазного дыхательного теста или определения антигенов HP методом ИФА в стуле не ранее чем через 4 недели после окончания лечения.

Рабочая схема терапии

Rp: Tab.Omeprazoli 20mg

D.S. по 1 таб. утром натощак и на ночь 2 недели, затем 1 таб. на ночь 2 недели

Rp: Tab. Amoxicillini 500mg

D.S. По 2 таб. утром и вечером во время еды 7 дней

Rp: Tab. Claritromycini 500 mg

D.S. По 1 таб. утром и вечером во время еды 7 дней.

Профилактика

Первичная профилактика.

1.Активное выявление факторов риска и лиц, предрасположенных к возникновению данного заболевания.

2.Диспансерное наблюдение за ними, соблюдение рекомендаций по изменению образа и стиля жизни, а также режима и характера питания, осуществление мер профилактики инфицирования HP.

Вторичная профилактика.

1.Активное выявление больных с клинически выраженными формами хронического гастрита, частыми обострениями и их адекватная немедикаментозная и лекарственная терапия.

2.Активное динамическое наблюдение за пациентами с *предраковыми формами хронического гастрита*:

-фундальный гастрит типа А;

-гастрит с кишечной метаплазией эпителия;

-атрофический гастрит;

-полипозный гастрит

-гастрит при анемии Аддисона-Бирмера;

-болезнь Менетрие

Эти больные подлежат ежегодной эндоскопии с биопсией и полноценной эрадикации HP.