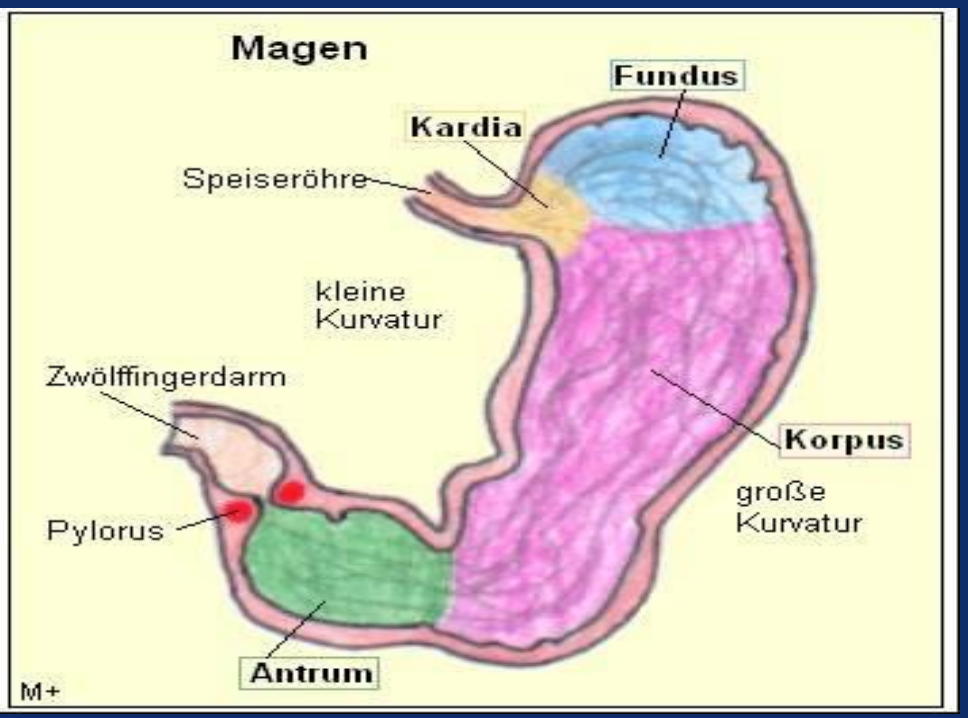
Хронический гастрит
Язвенная болезнь



Доцент Мехтиева Ольга Александровна

Кафедра госпитальной терапии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Анатомо-физиологические особенности желудка



Основные функции:

-моторная

-эвакуаторная

-секреторная

-инкреторная

Виды клеток:

-Дно: бокаловидные (слизь)

-Тело: главные (пепсиноген) и обкладочные или париетальные (HCL, внутренний фактор Касла)

-Антральный отдел: клетки APUD-системы

Актуальность проблемы ХГ

Распространённость ХГ – 15-90%

Возможность трансформации ХГ в язву и рак желудка.



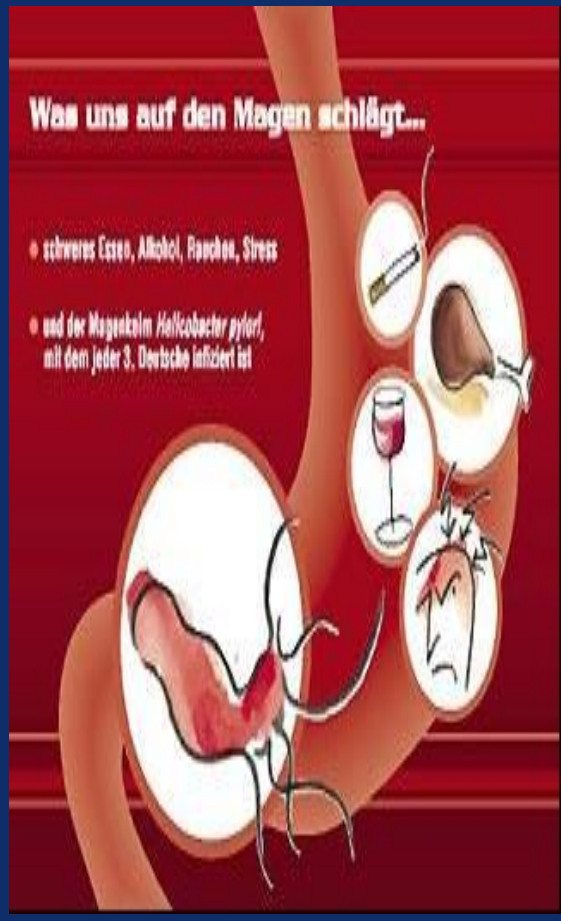
Хронический гастрит (ХГ) определение

хроническое прогрессирующее заболевание желудка в основе которого лежат воспаление и дисрегенерация слизистой оболочки желудка (СОЖ) с исходом в атрофию, сопровождающееся нарушением всех функций желудка.

Этиология ХГ

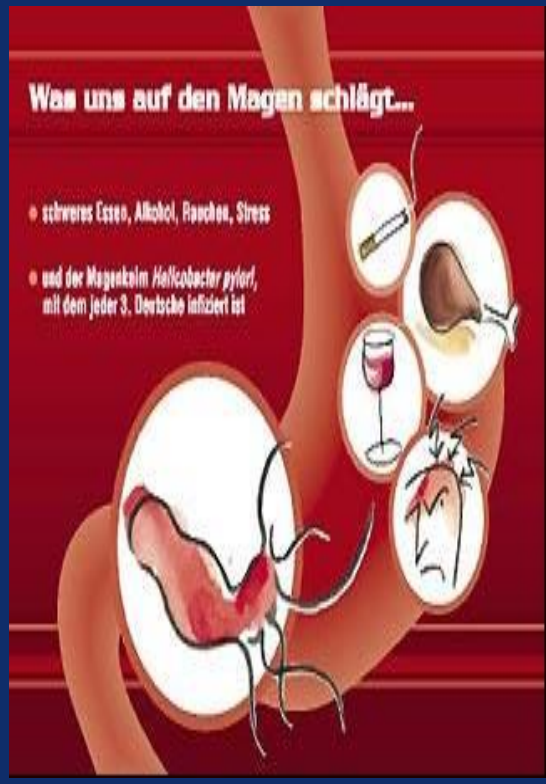
Экзогенные факторы:

1. Helicobacter Pylori (HP)
2. Погрешности в диете
3. Курение, алкоголь
4. Лекарственные препараты
5. Стрессы
6. **Профессиональные вредности**



Этиология ХГ

Эндогенные факторы:



1. Наследственность
2. Хронические инфекции
3. Аутоиммунные заболевания,
4. Эндокринные заболевания (СД, болезнь Иценко-Кушинга)
5. Болезни обмена веществ (подагра, ожирение)
6. Хроническая пищевая аллергия,
7. Гипоксия (СН, ДН, анемия)
8. Эндогенная интоксикация (уремия)

Классификация гастритов «Сиднейская система»

Всемирный конгресс гастроэнтерологов в Сиднее (Австралия) 1994 г.

Этиологическая характеристика:

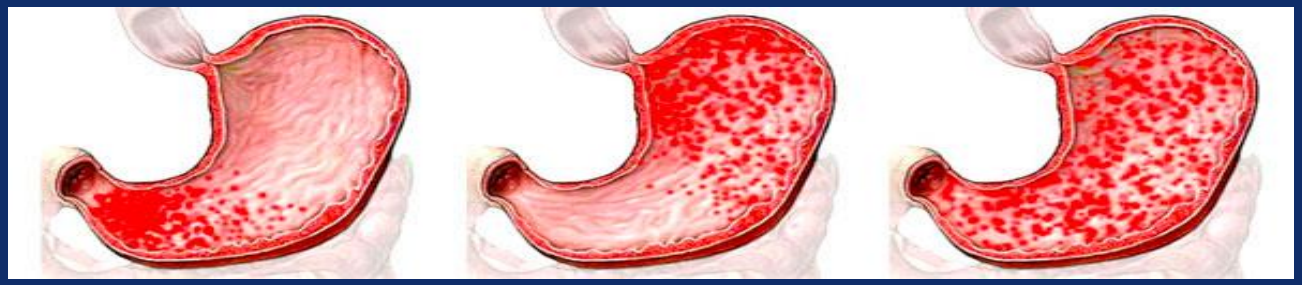
1. Аутоиммунный (тип А) – 15-18%
2. HP-ассоциированный (тип В) – 70%
3. Химико-индуцированный рефлюкс-гастрит (тип С) – 15%

Топографическая характеристика:

Антральный

Фундальный

Пангастрит



Особые формы ХГ: лимфоцитарный, радиационный, гранулематозный, коллагеновый, болезнь Менетрие, эозинофильный, инфекционный (помимо HP)

Аутоиммунный гастрит (тип А)

Очаговая или диффузная атрофия СОЖ

Определяются аутоантитела:

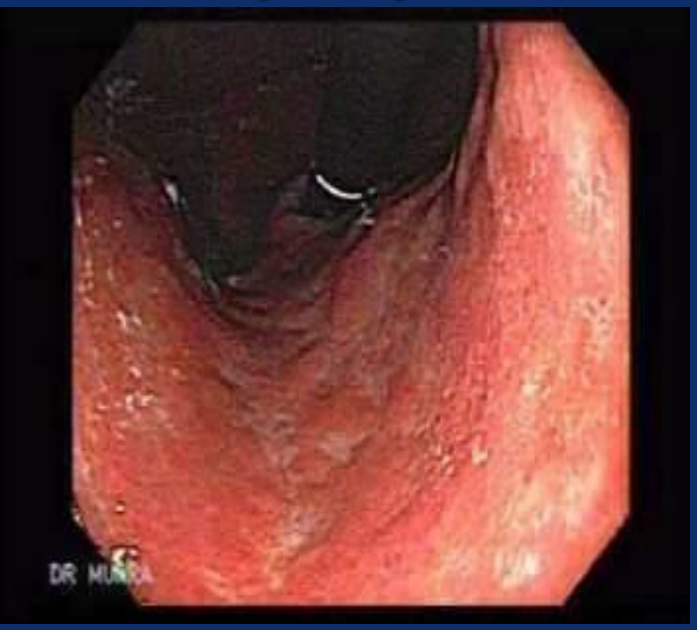
-типа IgG к париетальным клеткам (в 95% случаев),

-аутоантитела типа IgG к ферменту K/Na-АТФазе в париетальной клетке (в 70% случаев) с развитием секреторной недостаточности;

-аутоантитела типа IgG к внутреннему фактору Кастла (в 50% случаев) с развитием через 5 лет гиперхромной В-12-дефицитной анемии,

Развивается гипопепсиногенемия 1, гипергастринемия

Атрофический аутоиммунный гастрит





Риск развития злокачественного карциноида из гиперплазированных ECL-клеток тела желудка

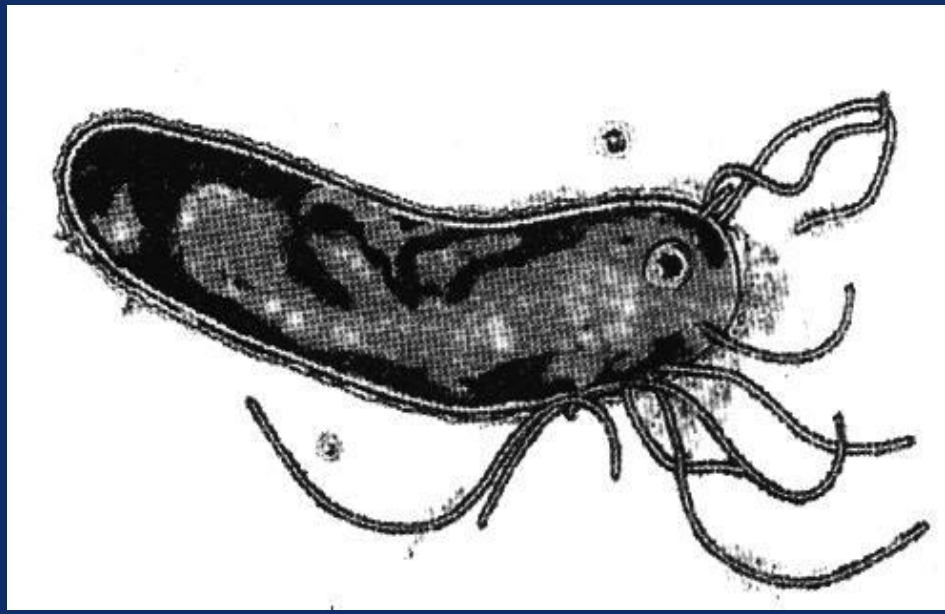
Риск развития рака желудка при анацидности желудок заселяется кишечными бактериями, которые переводят нитраты в нитриты - потенциальные канцерогены первого порядка; возникает "диффузная" форма рака желудка.

Хеликобактерный гастрит (тип В)

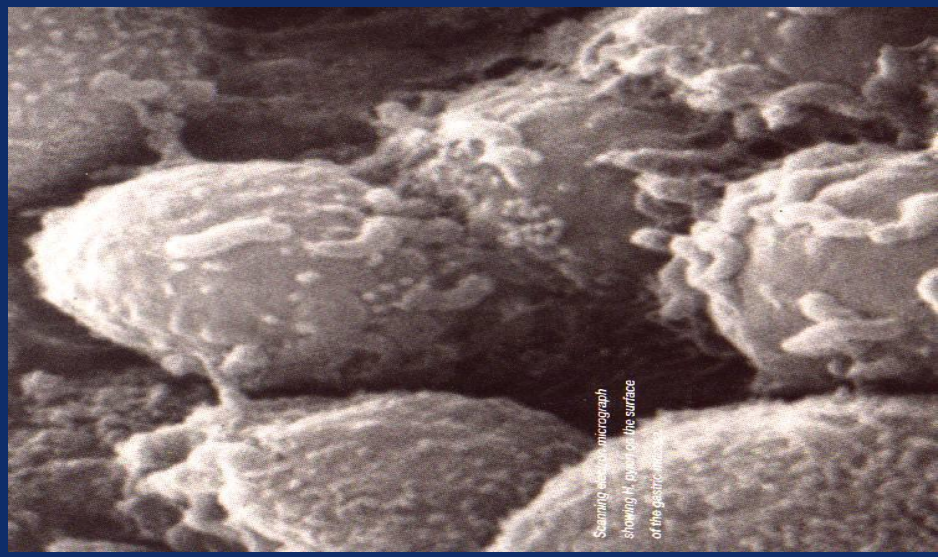


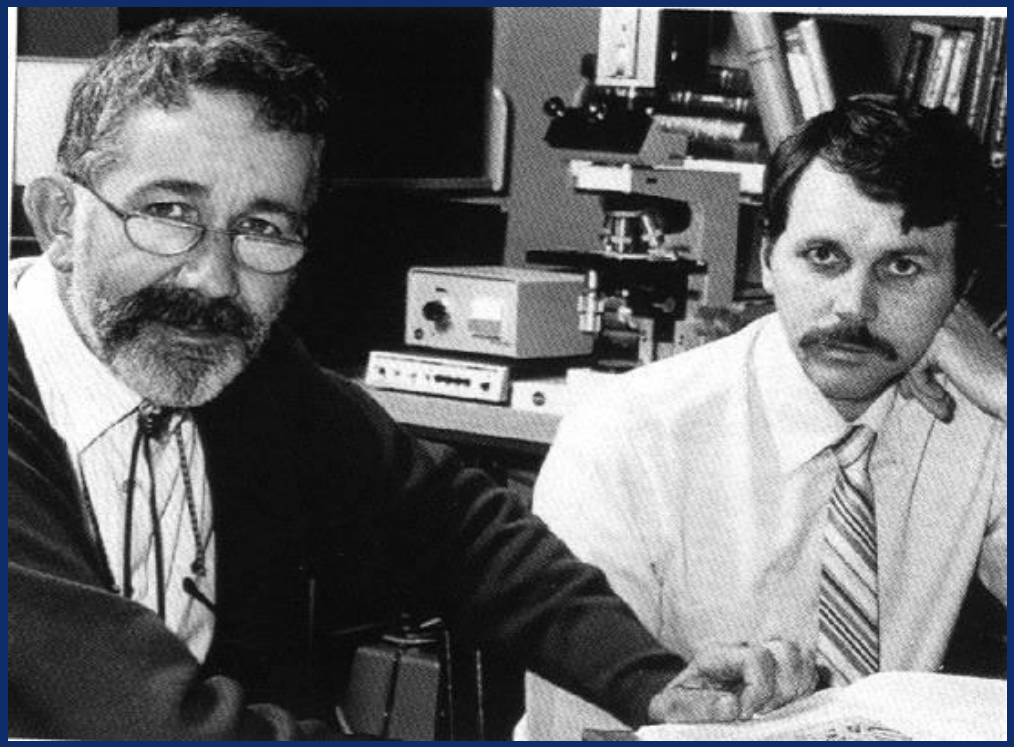
КТО ТАКОЙ
Helicobacter pylori? Где он живет?

Спиралевидная грамотрицательная бактерия, имеет многослойную оболочку и униполярный жгутик



Выживает в условиях повышенной кислотности благодаря выработке уреазы



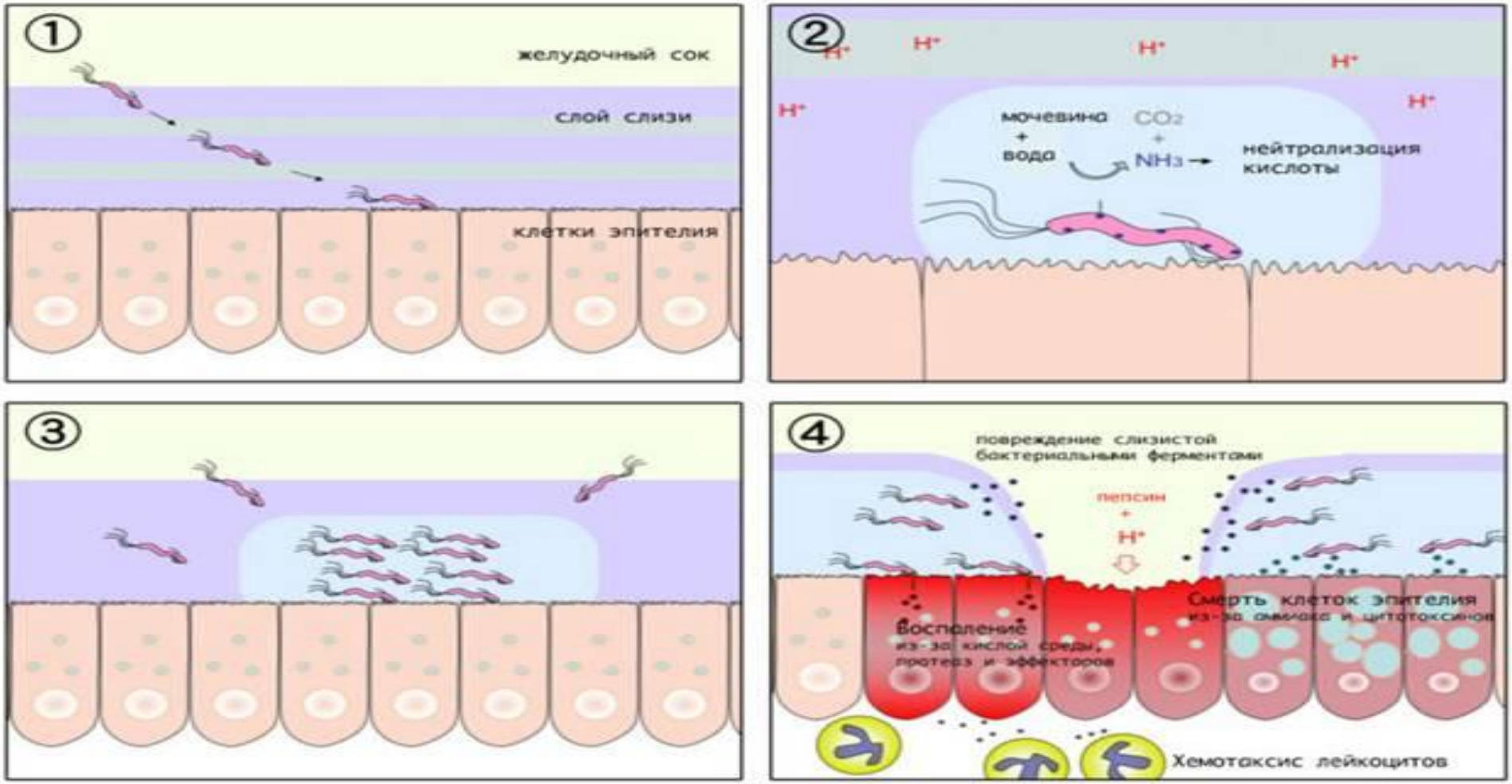




J.R.Warren, B.J.Marshall
Unidentified curved bacilli on gastric epithelium
in active chronic gastrit
The Lancet, June 4, 1983

Нобелевская премия по медицине в 2005:
за открытие
Helicobacter pylori

Патогенез Нр-ассоциированного ХГ



1) Helicobacter pylori проникает через слой слизи в желудке и прикрепляется к эпителиальным клеткам; 2) бактерии катализируют превращение мочевины в аммиак, нейтрализуя кислотную среду желудка; 3) размножаются, мигрируют и образуют инфекционный центр; 4) в результате разрушения слизистой, воспаления и гибели клеток эпителия образуются изъязвления желудка

Химико-токсикоиндуцированный хронический рефлюкс-гастрит (тип С)



При резекции желудка по Бильрот-2 , приеме НПВС, алкогольной болезни, многолетнем дуоденогастральном рефлюксе (желчные кислоты).

Характеризуется диффузной атрофией с частой кишечной метаплазией;

HP-негативный; определяется умеренная или выраженная секреторная недостаточность.

Эта форма ХГ - риск для развития метаплазии, дисплазий и "кишечной" формы рака желудка.

Морфологическая классификация ХГ

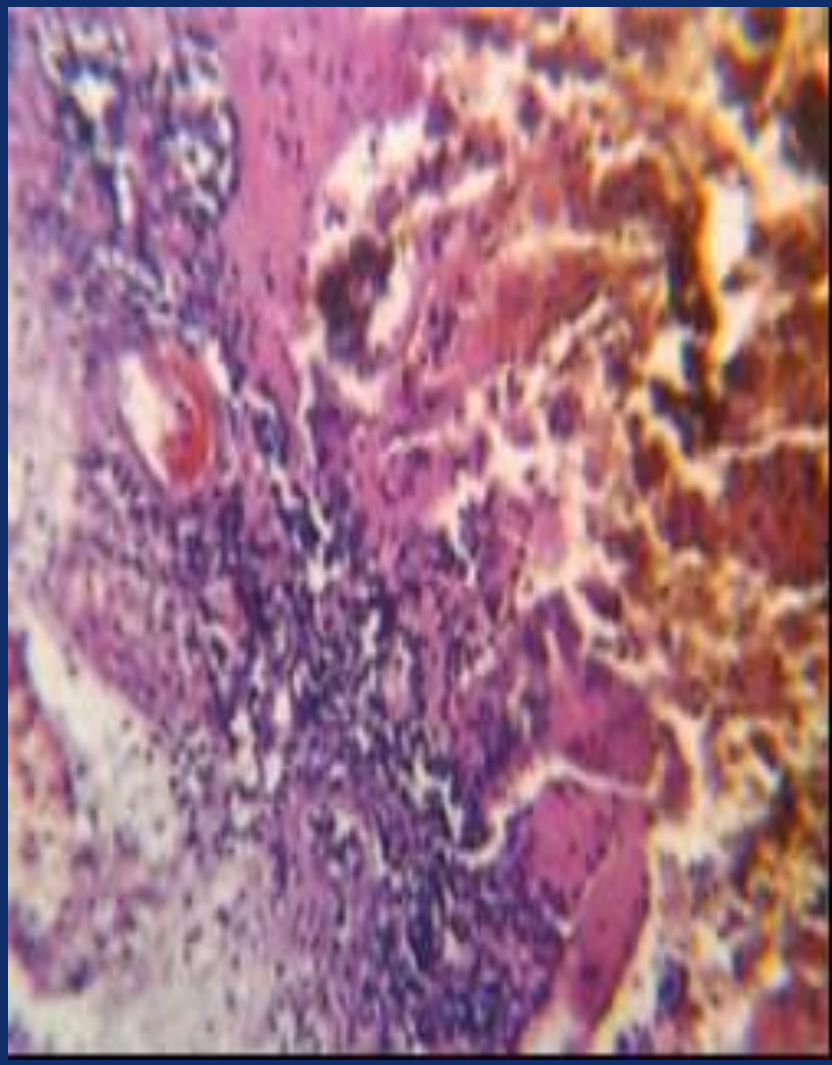
На сегодняшний день
эта классификация имеет
первостепенное значение!

1. По активности воспаления
2. По степени атрофии
3. По степени метаплазии, дисплазии
4. По степени обсемененности HP

Воспаление слизистой оболочки желудка (СО) при ХГ

1. Местное - лейкоцитарная инфильтрация
2. Иммунное - лимфоплазмоцитарная инфильтрация.

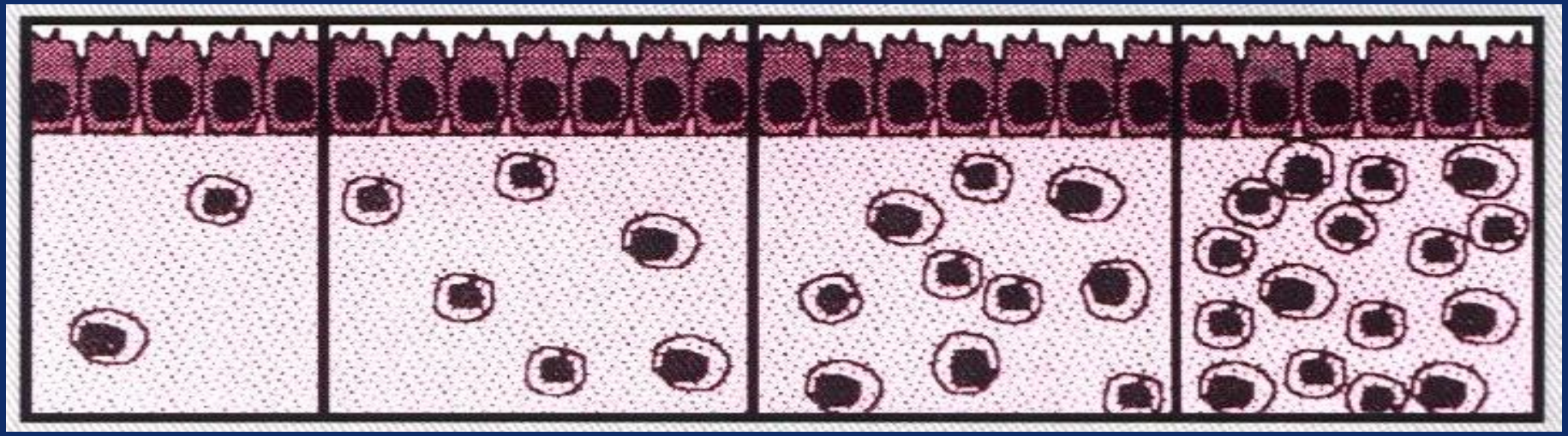
Наличие признаков воспаления говорит об активном ХГ



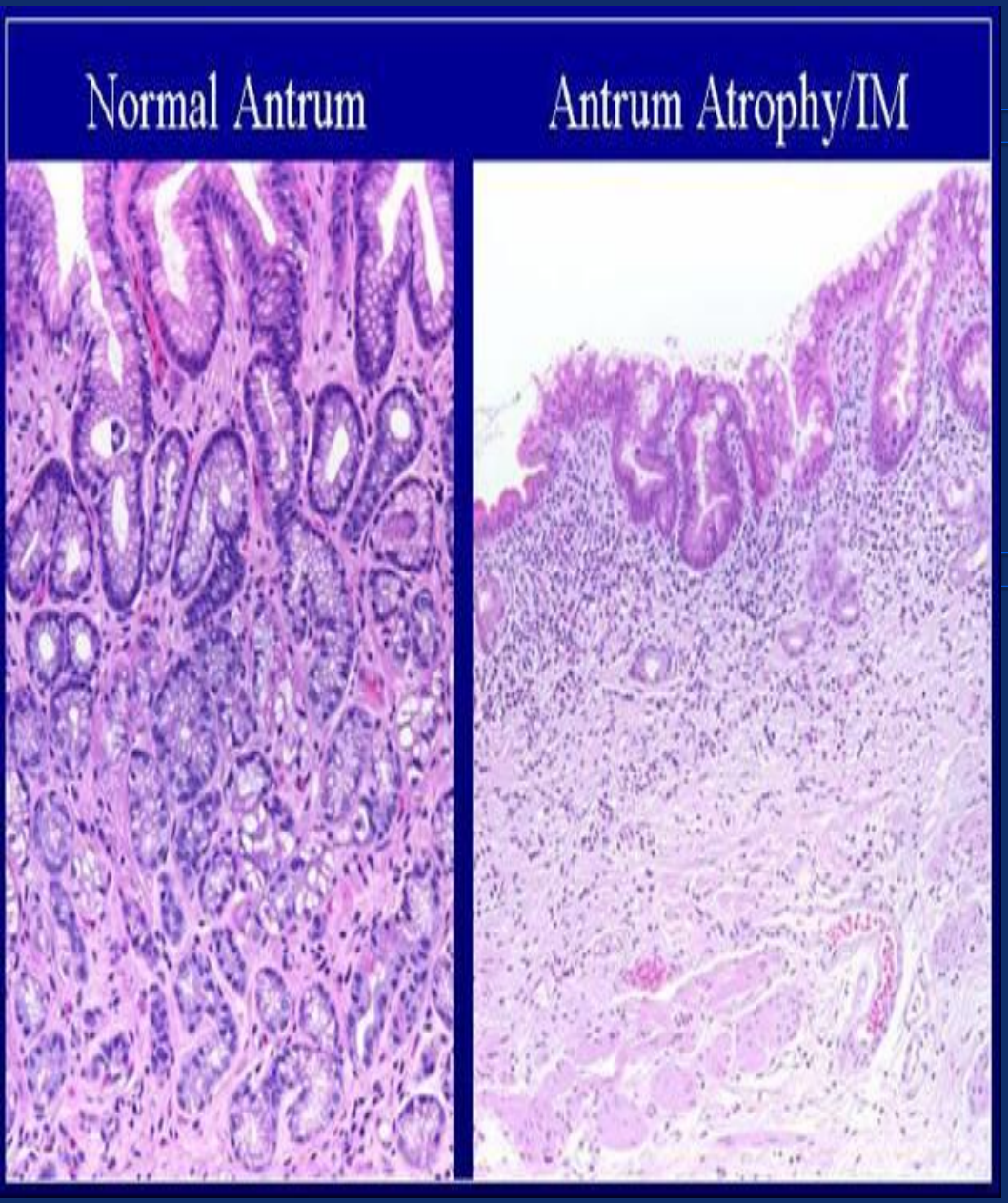
Визуально-аналоговая шкала для оценки степени инфильтрации СОЖ мононуклеарными клетками

(Хьюстон, 1996)

Норма Слабая(1+) Средняя (2+) Сильная (3+)



Атрофия СО желудка при ХГ

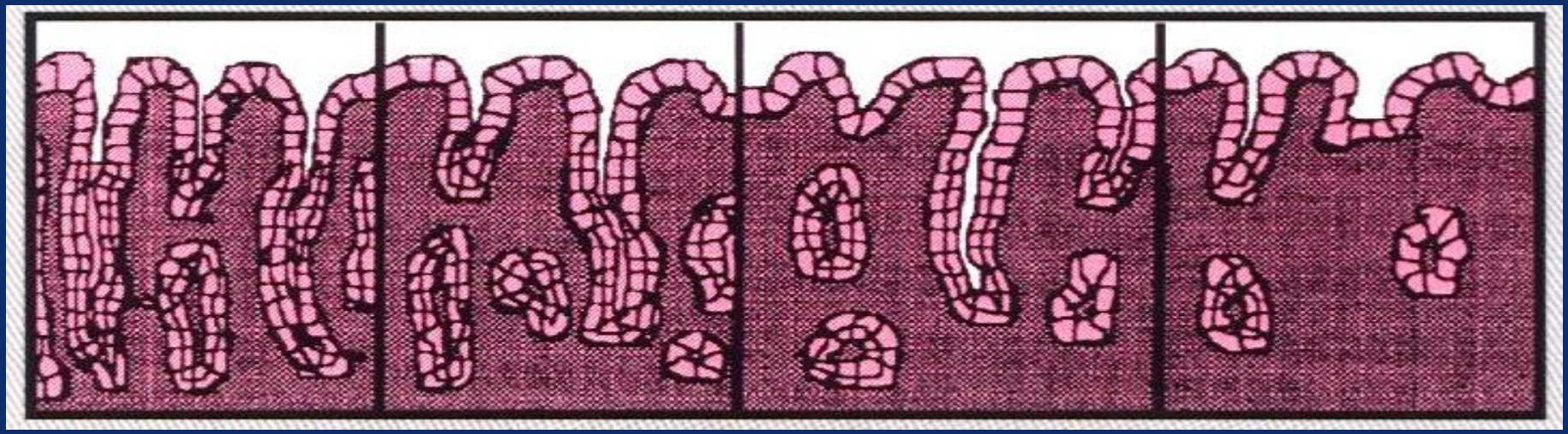


- дистрофические и дисрегенераторные изменения клеток поверхностного эпителия
- уменьшение числа (атрофия) нормальных желез.

Визуально-аналоговая шкала для оценки стадии атрофии фундального отдела желудка

(Хьюстон, 1996)

Норма Слабая(1+) Средняя (2+) Сильная (3+)



Метаплазия СО при ХГ

Кишечная метаплазия

-тонкокишечная

-толстокишечная

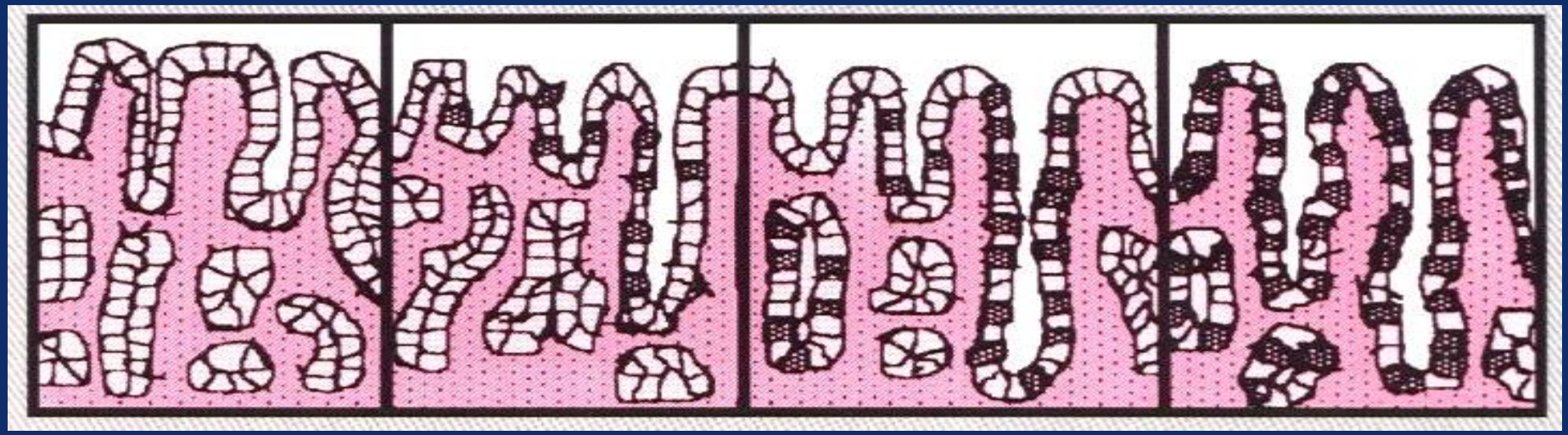
Переход одного вида кишечной метаплазии в другой происходит в среднем через 5-6 лет.

Рак возникает не в метаплазированном эпителии, а на участках с дисплазией, которая часто обнаруживается в СО с толстокишечной метаплазией.

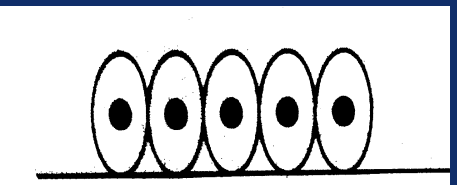
Визуально-аналоговая шкала для оценки стадии кишечной метаплазии

(Хьюстон, 1996)

Норма Слабая(1+) Средняя (2+) Сильная (3+)



Дисплазия СО при ХГ



НОРМА: однорядный высокопризматический эпителий

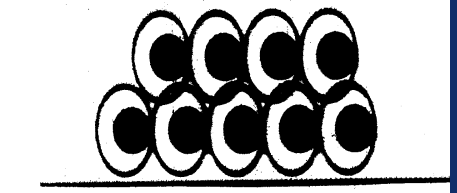


1 СТЕПЕНЬ: гиперрегенераторная дисплазия

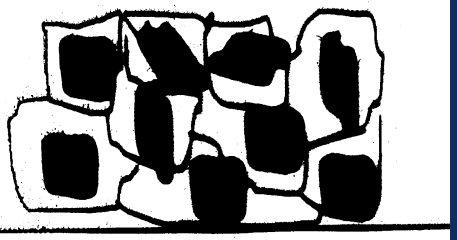
-уплощение клеток,

-увеличение ядерно-цитоплазматических соотношений,

-гиперхромия ядер - (много ДНК)



2 СТЕПЕНЬ: + многорядность эпителия (преимущественно гиперрегенераторная)



3 СТЕПЕНЬ: + выраженная клеточная атипия **(облигатный предрак)**

Последовательный каскад повреждений слизистой желудка у инфицированных бактерией *H.pylori*



Нормальная слизистая

Поверхностный гастрит

Атрофический гастрит

Кишечная Метаплазия

Дисплазия

Рак желудка

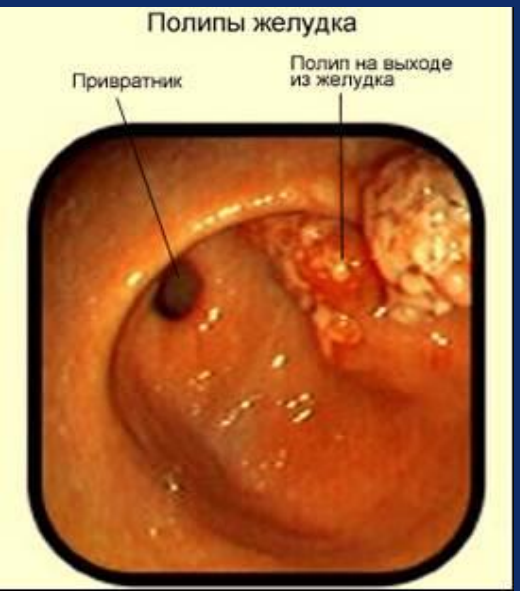
100%

50%

40%

2-4%

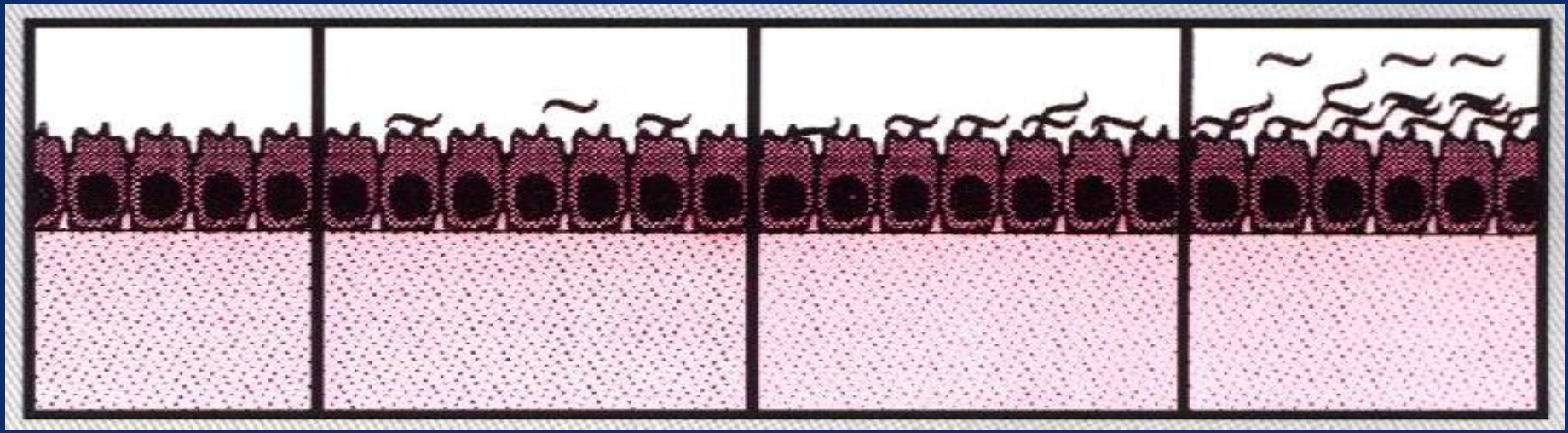
1-2%



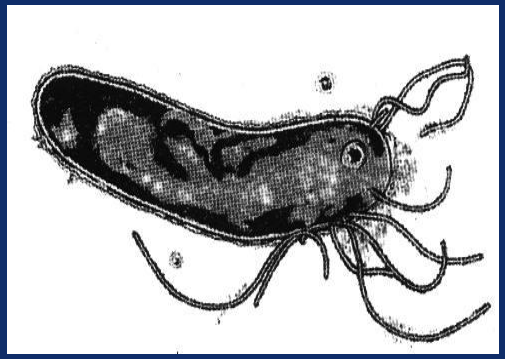
Визуально-аналоговая шкала для оценки степени обсеменения СОЖ Helicobacter pylori

(Хьюстон, 1996)

Норма Слабая(1+) Средняя (2+) Сильная (3+)



ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ИНФЕКЦИЕЙ *Helicobacter pylori*



Helicobacter pylori

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

РАК ЖЕЛУДКА

MALT-лимфома ЖЕЛУДКА

Русский Медицинский журнал. Болезни органов пищеварения, том 5, № 2, 2003
Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum, том 6, № 2, 2004

Клиническая картина ХГ

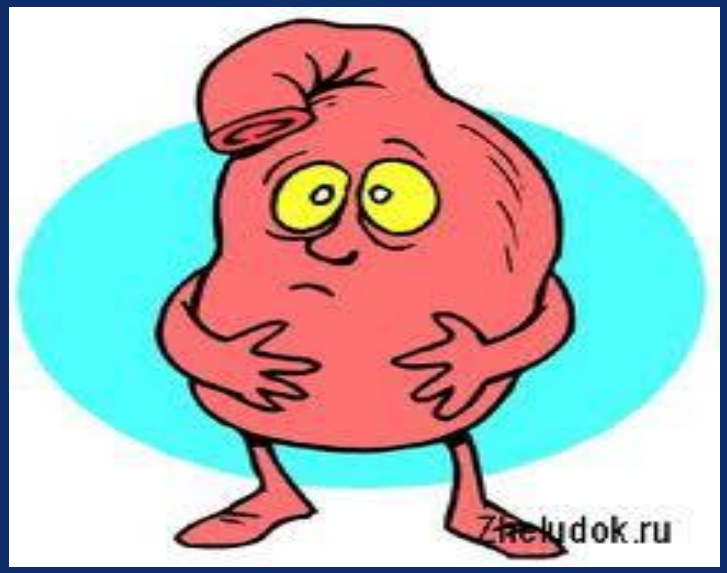


Феноменология ХГ
2 точки зрения:

- ХГ- это клинико-морфологическое понятие

- ХГ- **это чисто морфологическое понятие**, а клинические проявления этого заболевания обозначают термином «функциональная диспепсия»

Функциональная желудочная диспепсия



В России встречается у 15–20% населения

Причины функциональной диспепсии

1. Наследственная предрасположенность
2. Алиментарные погрешности (жирная пища, красный перец)
3. Вредные привычки (курение)
4. Прием лекарственных препаратов
5. Инфекция H.pylori
6. Психические перегрузки
7. Индивидуальные особенности:
   висцеральная гиперчувствительность,
   тревожно-ипохондричный тип личности,
8. Вегетативные дисфункция

Механизмы развития функциональной диспепсии

1. Желудочная гиперчувствительность (чрезмерная реакция на обычные раздражители, в т.ч . на HCl)
2. Гиперсекреция соляной кислоты
3. Моторные нарушения (замедление опорожнения, антро-дуоденальная дискоординация, дилятация антрального отдела, нарушение фундальной аккомодации, желудочные аритмии, гастропарез)
4. Вегетативные нарушения



Диагностические критерии функциональной диспепсии (Римские критерии III, 2006 г.)

1. Боли или чувство жжения в подложечной области, не исчезающие после отхождения газов или дефекации (не менее 1раза в неделю)
2. Чувство раннего насыщения
3. Чувство переполнения в эпигастрии после еды
4. Отсутствие структурных изменений в желудке, ДПК
5. Длительность симптомов не менее 3 месяцев



Классификация функциональной желудочной диспепсии (Римские критерии III, 2006г.)

1. Постпрандиальный дистресс-синдром (дискинетический вариант)
2. Синдром эпигастральной боли (язвеннноподобный вариант)



Клинические особенности

С-м эпигастральной боли	Постпрандиальный дистресс-синдром
Чаще мужчины	Чаще женщины
Пониженного питания	Повышенного питания
Нормальное опорожнение желудка	Замедленное опорожнение желудка
Повышенная секреция желудка	Нормальная секреция желудка

Клинические особенности

Синдром эпигастральной боли	Постпрандиальный дистресс-синдром
боли или жжение в подложечной области	раннее насыщение
	чувство переполнения в эпигастрии после еды (м.б. вздутие в эпигастрии, чрезмерная отрыжка, тошнота)
Симптомы возникают не реже 1 раза в неделю	

Общие проявления

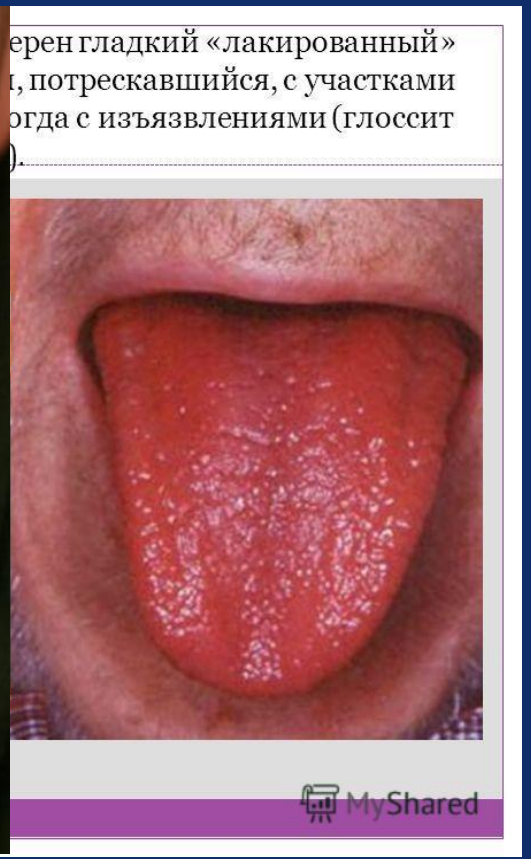
- Астеноневротический синдром, ваготония
- Отрыжка кислым, тухлым, тошнота
- Симптомы вторичной кишечной диспепсии в (запоры или диарея)

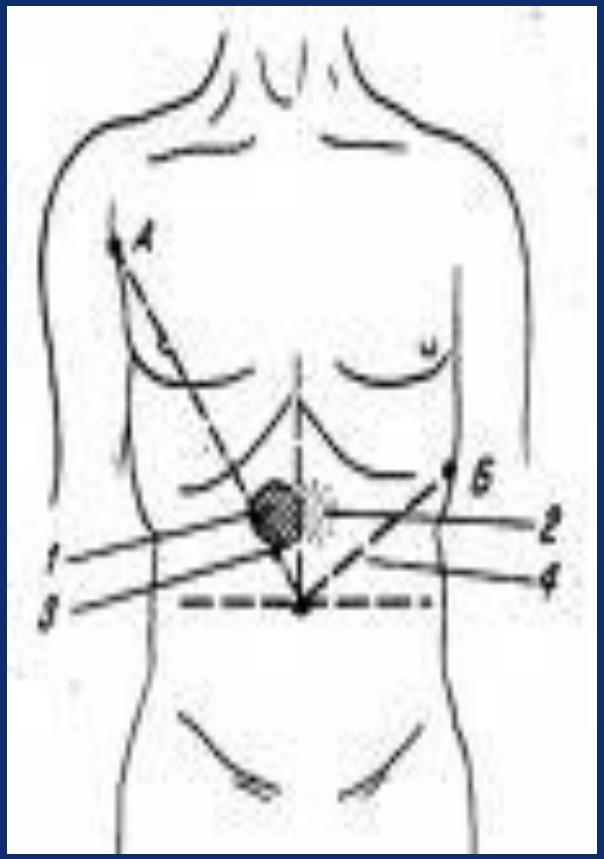
При ХГ типа А - симптомы В-12 дефицитной анемии: боли и жжение в языке, симметричные парестезии в нижних и верхних конечностях.

При атрофическом ХГ с ахлоргидрией - демпинг-подобный синдромом (внезапная слабость, бледность, потливость, сонливость, возникающие вскоре после еды).

Физикальные признаки при ХГ







Симптомы тревоги при ХГ

- Дисфагия
- Рвота с кровью, кровь в стуле
- Лихорадка
- Немотивированное похудание
- Симптомы диспепсии впервые возникли в возрасте старше 45 л
- Анемия
- Лейкоцитоз
- Повышение СОЭ



Предраковые формы ХГ

1. Атрофический гастрит, HP-ассоциированный
2. Аутоиммунный атрофический гастрит
3. Гиперпластический, полипозный гастрит
4. ХГ с кишечной метаплазией и дисплазией

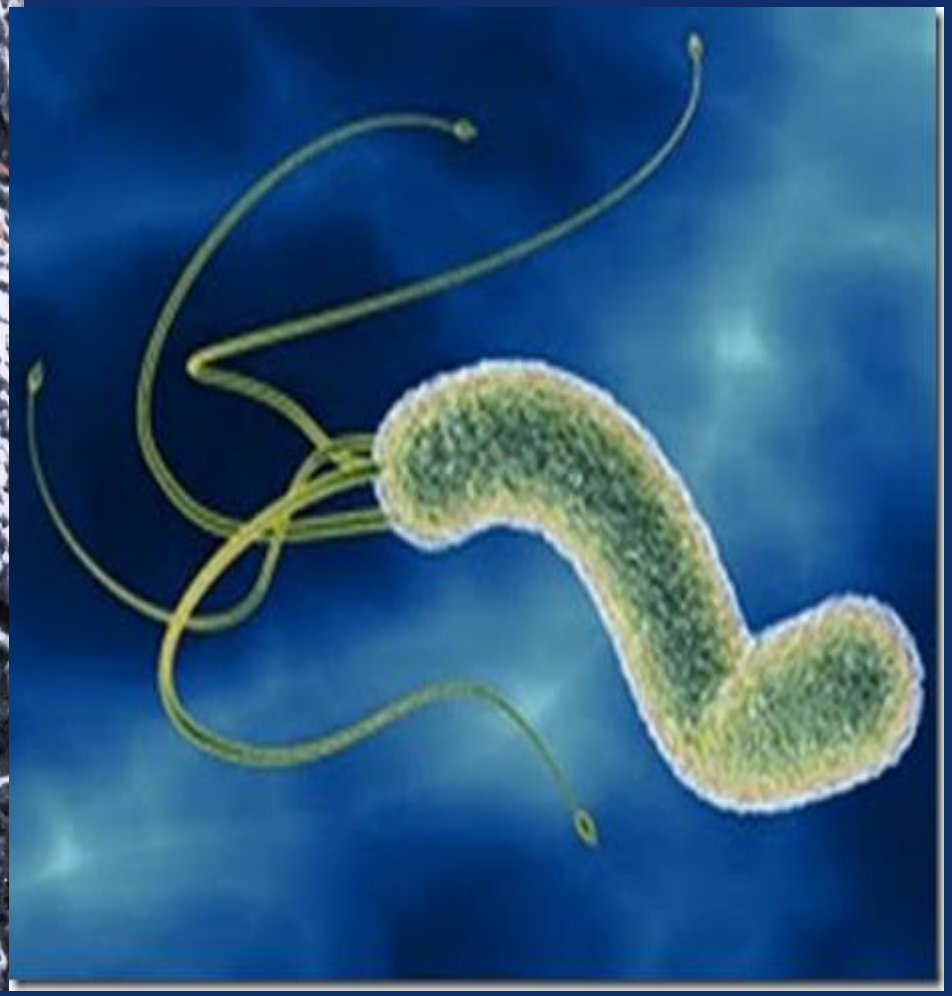
План обследования при ХГ

- **Лабораторные методы**

1. Клинический анализ крови
2. Биохимический анализ крови: АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, креатинин, сахар, общий белок и фракции
3. Копрограмма, реакция Грегерсена, яйца глистов
4. Гастропанель: анализ крови на уровень пепсиногена I, гастрина-17, антитела IgG к HP
5. Антитела к париетальным клеткам желудка, внутреннему фактору Касла
6. Онкомаркеры (CA19-19, CA 72-4, РЭА)

Методы выявления HP





Методы идентификации HP

1. Прямые методы (биоптат слизистой при ФГДС)



-кампи-тест (уреазный тест)

-цитологический метод (окраска мазков отпечатков красителем Романовского-Гимзы)



-микробиологический метод (посев)

-ПЦР в биоптате слизистой желудка

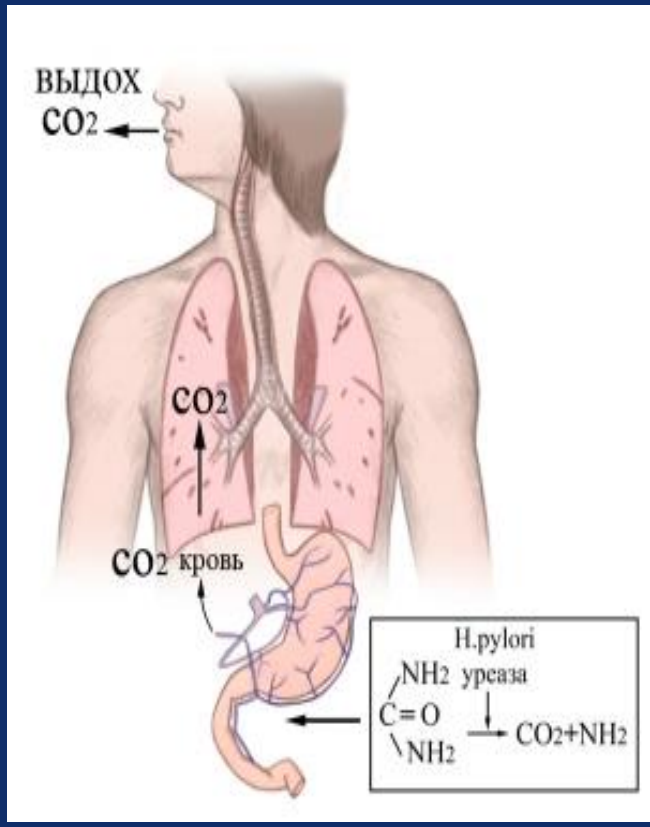
Методы идентификации HP

2. Непрямые (неинвазивные)

-уреазный дыхательный тест

-ПЦР кала на антигены HP

-определение титров антител Ig G к HP в крови методом ИФА



План обследования

- **Инструментальные методы**

-ФГДС с обязательной биопсией (№5)
-УЗИ
-Рентгеноскопия желудка

- **Дополнительные методы**

-Электрогастрография (выявление желудочных аритмий)
-Сцинтиграфия желудка (скорость опорожнения желудка)
-УЗИ желудка (диаметр антрума)
-pH-мониторирование
-Пищеводная манометрия
-RRS, ирригоскопия, колоноскопия
-контрастные исследования ЖВП, КТ

ФГДС при ХГ





Рис. 2. Антральная атрофия





Примеры формулировки диагноза ХГ:

- Хронический гастрит антрума желудка (хронический антральный гастрит) хеликобактерный с повышенной секреторной функцией [К.29.5].

Функциональная диспепсия по типу эпигастрального болевого синдрома

- Хронический гастрит тела желудка (хронический фундальный гастрит) аутоиммунный с выраженной секреторной недостаточностью [К 29.5].

- Хронический атрофический пангастрит хеликобактерный, с очаговой кишечной метаплазией слизистой оболочки, с выраженной секреторной недостаточностью [К 29.5].

Язвенная болезнь



Язвенная болезнь желудка. Хронический гастрит

Определение

хроническое циклически рецидивирующее заболевание, основным морфологическим субстратом которого является язвенный дефект и/или рубцовая деформация в пределах гастродуоденальной зоны, возникающий вследствие несоответствия факторов агрессии и защиты слизистой оболочки.



Эпидемиология ЯБ



Возрастные и половые особенности

Среди лиц **молодого** возраста (18-30 лет): соотношение ЯБЖ:ЯБДПК = 1:13.

В **пожилом** возрасте язвы желудка возникают в 1,7 раз чаще, чем в старческом, причем соотношение ЯБЖ:ЯБДПК = 3:1.

Соотношение:

ЯБ ДПК - М:Ж = **7**:1
ЯБЖ - М:Ж = **3**:1

Факторы риска ЯБ (1):

Алиментарный:

- Нерегулярное питание,
- Сухоядение, поспешная еда
- Злоупотребление острой, грубой пищей
- Обильный вечерний прием пищи

Вредные привычки

- Курение (в 2,5-3 раза чаще) – 93% больных
- Алкоголь
- Кофе

Факторы риска ЯБ (2):

Наследственно-конституциональный:

- Наличие ЯБ у родственников первой линии (в 10 раз чаще)
- 0 (I) группа крови

Нервно-психический фактор:

- Социальные факторы, в т.ч. урбанизация
- Продолжительные или интенсивные отрицательные эмоции

Профессиональные факторы (у профессиональных водителей до 21%)

Факторы защиты и агрессии при ЯБ

1. Слизисто-бикарбо-натный барьер
2. Адекватное крово-снабжение слизистой
3. Регенерация эпителия
4. Иммунная защита
5. Простагландины

1. Соляная кислота и пепсин
2. Нарушения моторики
3. **Helicobacter Pylori**
4. Лекарственные препараты

5.Дуодено-гастральный рефлюкс

Клиническая картина ЯБ

«Диагноз язвенной болезни можно выставить по телефону».

D. Mounichan, Lancet, 1903.

«Гастроэнтеролог средней руки должен выставить правильный диагноз после первого контакта с больным как минимум в 95% случаев».

В.Х. Василенко

Боль в эпигастральной области – характерный симптом ЯБ

Ранние – боли в первые 30 минут после приема пищи.

Поздние – боли через 1 – 1,5 часов после приема пищи.

Голодная – боль через 2 – 2,5 часа после приема пищи, исчезает самостоятельно или после новой еды.

Периодическая – боль, существующая до приема пищи, снимающаяся приемом пищи и позднее появляющаяся вновь.

Тощаковая – боль, с момента пробуждения утром до первого приема пищи.

Ночная – возникает ночью и будит больного.

Характеристика ночной боли при ЯБ



- Пробуждение **до 3:30** – язва желудка
- Пробуждение **после 3:30** язва двенадцатиперстной кишки

Эквиваленты абдоминальной боли при ЯБ

- Подсасывание, подташнивание (особенно по утрам)
- Чувство «волчьего голода» – «яма желудка»



Синдром желудочной диспепсии:

- Отрыжка: пищей, кислым, воздухом
- Ситофобия (при ЯБЖ), или частый прием пищи при ЯБ ДПК
- Рвота: легкая, на высоте болей, кислым, приносящая облегчение

Синдром кишечной диспепсии:

- Запор – 60% - при ЯБ ДПК
- Послабление стула – 15-20% – при ЯБЖ

Астеновегетативный синдром:

Слабость, утомляемость, ваготония

Лабораторно-инструментальная диагностика

1. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией
2. Гистологическое исследование биопсионного материала
3. УЗИ
4. Рентгенография (симптом «ниши», «указующего перста»)
5. Методы выявления Helicobacter pylori
6. Анализ кала на скрытую кровь (+++, ++++)
7. Интрагастральная pH-метрия
8. Реогастрография

ФГДС при ЯБЖ

- Субкардиальный отдел
- Угол желудка
- Антральный отдел





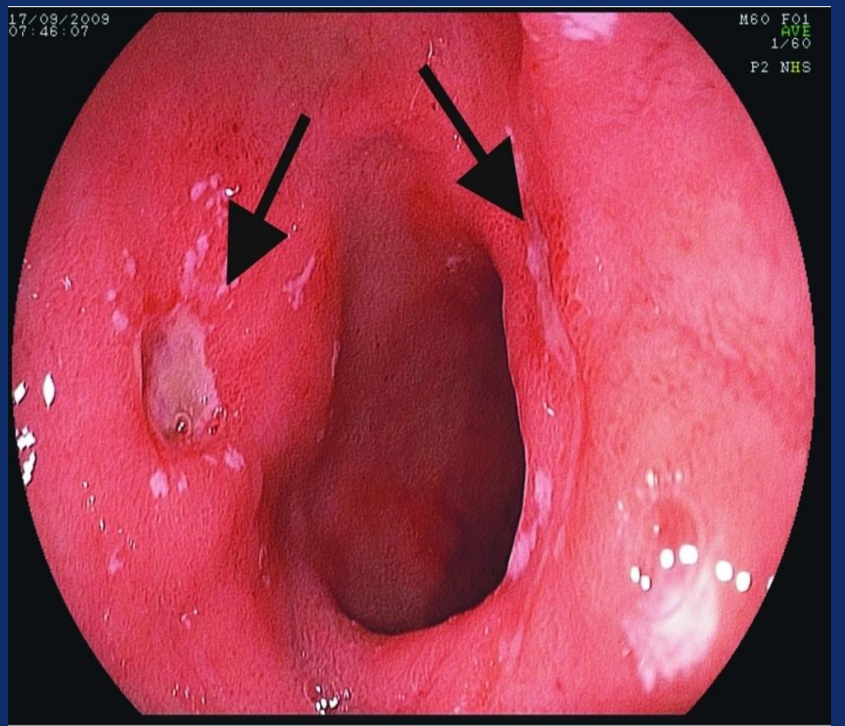


ФГДС при ЯБ ДПК

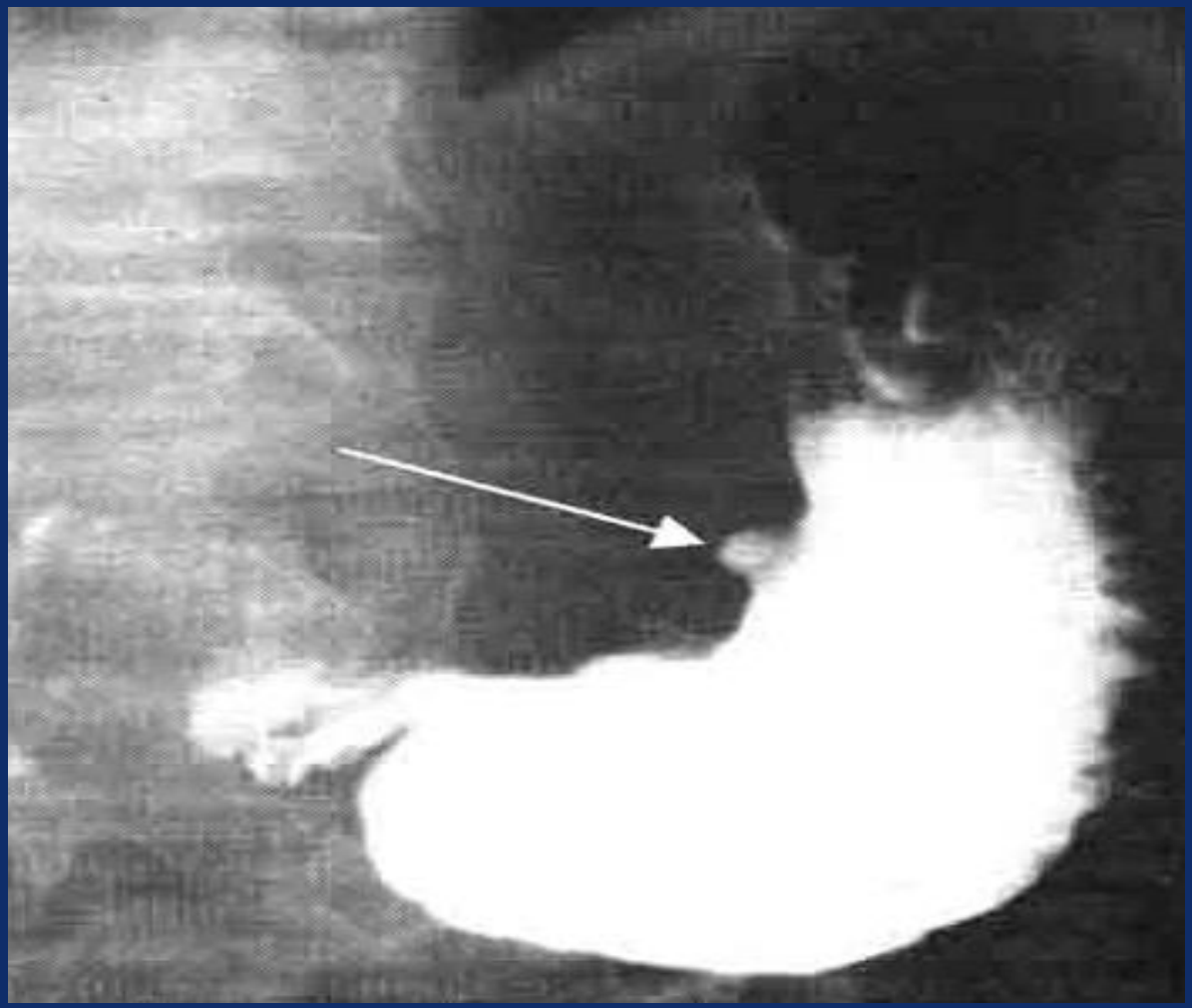
- Вверху – со сгустком крови
- Внизу – множественные, «зеркальные»







«Симптом ниши» при ЯБ (рентгенография желудка)



Осложнения ЯБ

1.Кровотечение

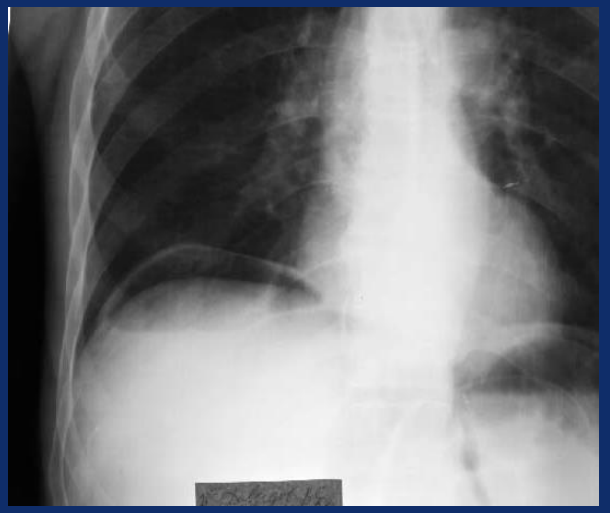
2.Перфорация

3.Пенетрация

4.Стеноз

5.Малигнизация









Дифференциальная диагностика

1.Симптоматические язвы

-стрессорные (ожоги, травмы, ОИМ, шок)

-эндокринные (с-м Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз, с-м Иценко-Кушинга)

-лекарственные (НПВС, ГКК, резерпин)

-заболевания внутренних органов: гепатит, ДН, СН

-ишемический абдоминальный синдром

2. Рак желудка, язвенная форма

3.ХГ и функциональная диспепсия

4.Панкреатит, заболевания ЖВП

5.ОИМ абдоминальная форма



Показания для госпитализации при ЯБ

- Впервые выявленная ЯБ
- Осложнения ЯБ
- Длительно нерубцующаяся язва (более 1 месяца)
- У ослабленных больных или с тяжелой сопутствующей патологией

Принципы терапии ХГ и ЯБ

1. ***Этиотропная терапия –*** диета, устранение провоцирующих факторов, вредных привычек, психотропные средства, эрадикация HP
2. ***Патогенетическая терапия*** – коррекция секреторных и моторных нарушений
3. ***Симптоматическая терапия*** – купирование боли и диспепсии



Диета

- №1 по Певзнеру
- дробное, 5-6 разовое
- Щажение СОЖ:

  Механическое

  Термическое

  Химическое









Показания для эрадикационной терапии (Маастрихт - 4, 2010)

Строго рекомендуемые

1. Дуоденальная / желудочная язва (активная или неактивная, включая осложненное течение)
2. MALT – лимфома
3. Атрофический гастрит
4. Состояние после резекции желудка по поводу рака
5. Пациенты, являющиеся родственниками первой линии пациентов с раком желудка
6. Желание пациента

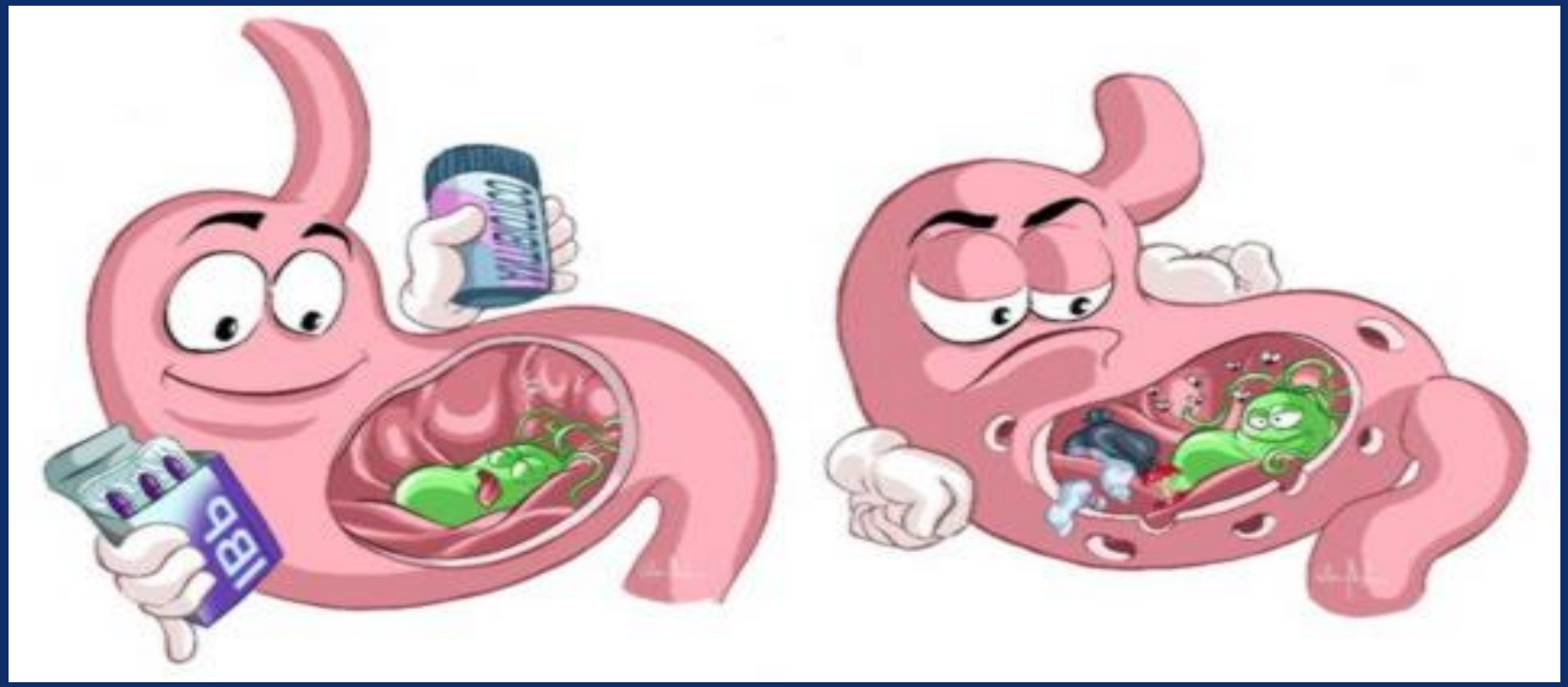


Желаемые

1. Функциональная диспепсия
2. Применение НПВП

Основные схемы антихеликобактерной терапии

Маастрихт – 4, 2010 г.



Терапия первой линии
(7 - 14 дней)

Тройная стандартная терапия

1. **Ингибитор протонной помпы** (омепразол - 20 мг, 2 раза в день)
2. **Кларитромицин 500 мг 2 раза в день**
3. **Амоксициллин 1 г 2 раза в день**

(или метрондазол 500 мг 3 раза в день)

Терапия второй линии

Квадротерапия

1. **ИПП** в стандартной дозе 2 раза в день
2. **Де-нол** 120 мг 4 раза в день (субсалицилат/субцитрат висмута)
3. **Метронидазол** 500 мг 3 раза в день
4. **Тетрациклин** 500 мг 4 раза в день



Терапия третьей линии

- **ИПП +Амоксицилин** (или Кларитромицин) + **Левофлоксацин** 250мг 2р./сут.
- **ИПП +Амоксицилин + Фуразолидон** 200мг 2р./сут.
- **ИПП +Амоксицилин + Рифабутин** 150мг 2р./сут.
- Индивидуальная терапия после определения чувствительности HP к антибиотикам.

Контроль эффективности эрадикационной терапии

- Уреазный дыхательный тест



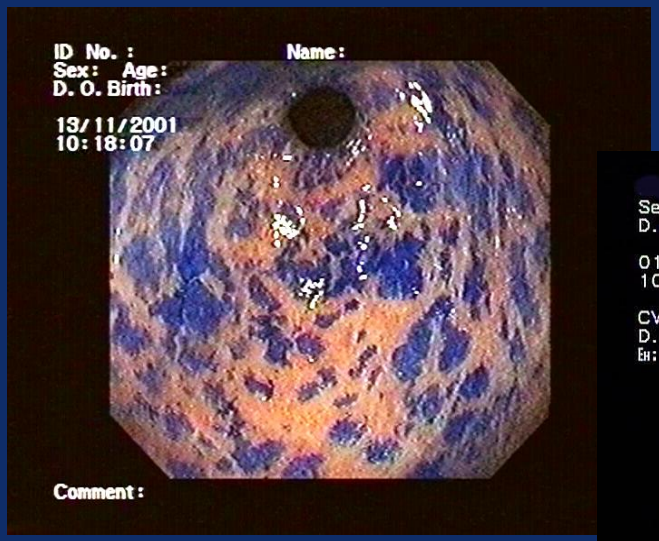
- Определение антигенов Hp методом ИФА в стуле

Не ранее чем через 4 недели после окончания лечения

Что дает эффективная эрадикационная терапия?

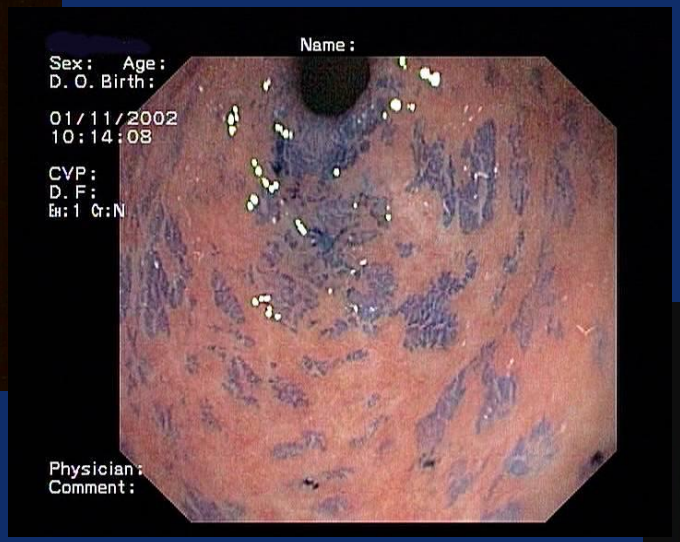
- Приводит к излечению хеликобактерного гастрита и ЯБ
- Сокращает сроки рубцевания и улучшает качество рубцевания язвенного дефекта
- Снижает частоту осложнений ЯБ и необходимость оперативного лечения
- Способствует регрессии метаплазии СОЖ
- Снижает риск рака желудка (канцерпревенция)

Регрессия кишечной метаплазии после эрадикационной терапии *H. pylori*

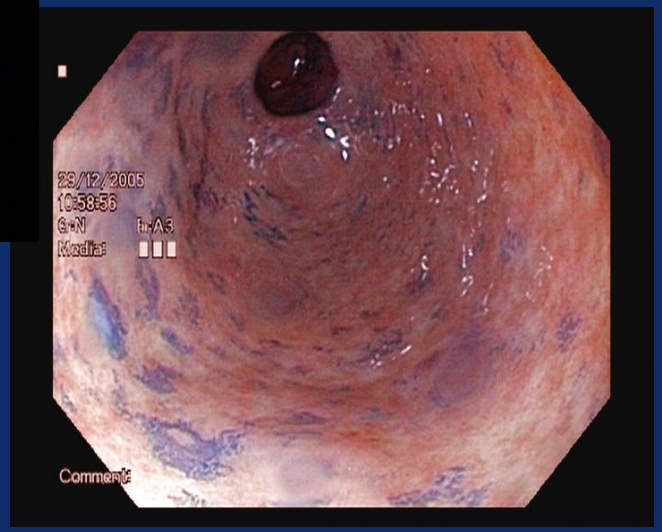


До эрадикации

(окраска метиленовым синим 0,5%)



Через 1 год после эрадикации
H. pylori отрицательный



Через 4 года после эрадикации
H. pylori отрицательный

Патогенетическая терапия

- *Секретолитики*
- *Прокинетики*
- *Гастропротекторы*

Секретолитики

- **ИПП** – омепразол, рабепразол (париет), эзомепразол (нексиум)
- **Н2-гистаминоблокаторы** – ранитидин, фамотидин (квамател)
- **М-холинолитики** – гастроцепин, бускопан

Прокинетики

- Домперидон (мотилиум)
- Ганатон
- Итоприд

Показаны при постпрандиальном дистресс-синдроме и дуодено-гастральном рефлюксе

Гастропротекторы

- Препараты висмута – де-нол
- Сукральфат (вентер)
- Индукторы синтеза эндогенных простагландинов - ребамипид

Симптоматическая терапия

- **Антациды** – маалокс, альмагель, гевискон, гастал
- **Селективные спазмолитики**

тримедат, дюспаталин

- **Ферменты** – креон, мезим-форте, панцитрат

Особенности лечения аутоиммунного гастрита (типа А)

- Заместительная терапия: ацидин-пепсин, пепсидил, желудочный сок (эквин), лимонтар, ферменты (креон)
- Стимуляция желез желудка: эуфиллин, препараты кальция, никотиновая кислота
- Улучшение обменных процессов и микроциркуляции в СОЖ: поливитамины, трентал, продектин
- Витамин В12 (цианкобаламин)

Особенности лечения рефлюкс-гастрита (типа С)

- Секретолитики (желчные кислоты оказывают повреждающее действие при наличии HCl)
- Эрадикационная терапия - при обнаружении HP и необходимости длительного лечения НПВС
- Гастропротекторы (де-нол, ребамипид, вентер)
- Прокинетики (ганатон, итоприд)
- Урсодезоксихолевая кислота (урсофальк, урсосан, урдокса)

Будьте здоровы!

