**ЛЕКЦИЯ Хронический гастрит**

*1. Определение* Хронический гастрит- хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание желудка, сопровождающееся структурной перестройкой его слизистой оболочки с прогрессирующей атрофией железистого эпителия, нарушениями секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.  
  
*2. Этиология* Хронический гастрит является полиэтиологическим заболеванием.  
Причины:  
1) инфицирование слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori (HP); значительно реже вирусами герпеса, цитомегаловирусами или грибковой флорой;  
2) определенный генетический фактор, приводящий к образованию аутоантител к обкладочным клеткам;  
3) повреждающее действие дуоденального содержимого (желчных кислот, изолецитина) на слизистую оболочку желудка и органосберегающих операций.  
Экзогенные факторы:  
1) нарушение питания (нарушение ритма приема пищи, переедание, злоупотребление грубой, острой, горячей пищей);  
2) курение и алкоголь;  
3) длительный прием некоторых лекарственных средств (салицилаты, преднизолон, препараты наперстянки).  
Эндогенные факторы:  
1) хронические инфекции (полости рта и носоглотки, хронический холецистит, туберкулез и т. д.);  
2) заболевания эндокринной системы (болезнь Аддисона, гипотиреоз, сахарный диабет и др.);  
3) нарушение обмена веществ (ожирение, дефицит железа, подагра);  
4) заболевания, приводящие к тканевой гипоксии (сердечная и легочная недостаточность и пр.);  
5) аутоинтоксикация (уремия).  
  
*3. Патология* *Патогенез.* Первоначально возникают функциональные расстройства секреции и моторики желудка, в дальнейшем к ним присоединяются органические изменения. Так, в частности избыток ионов водорода при гиперсекреции соляной кислоты угнетает активность сульфатазы, происходит дальнейшее нарушение желудочной секреции (подавление) и повреждение эпителиальных структур слизистой оболочки желудка с последующим нарушением регенерации. Этому способствуют моторно-эвакуаторные нарушения, в результате которых содержимое двенадцатиперстной кишки попадает в желудок, воздействует повреждающе на слизистую оболочку. Этот механизм является главным в развитии рефлюкс-гастрита. Уменьшается количество клеток железистого аппарата, в слизистой оболочке появляется клеточная инфильтрация (неспецифическое воспаление).  
  
*4. Классификация:* 1) аутоиммунный - фундальный гастрит (хронический гастрит типа А);  
2) ассоциированный с Нelicobakter pylari - антральный гастрит (хронический гастрит типа В);  
3) химически обусловленный, в том числе рефлюкс-гастрит (хронический гастрит типа С);  
4) смешанный гастрит (хронический гастрит типа А + В);  
5) особые формы хронического гастрита (лимфоцитарный, эозинофильный, гранулематозный, гиперпластический);  
6) идиопатический хронический гастрит (с неясной этиологией).  
  
*5. Клиника* Основные синдромы: желудочная диспепсия, боли в эпигастрии, кишечная диспепсия, астеноневротический синдром.  
Реже встречается анемический синдром, полигиповитаминоз, неврологические нарушения, гипокортицизм. В тяжелых случаях нередко развивается В12-дефицитная анемия.  
При обострении хронического гастрита клинические проявления выражены ярко:  
1) желудочная диспепсия (у 90 %) проявляется тяжестью, давлением, распиранием в эпигастральной области после еды, отрыжкой, срыгиванием, изжогой, тошнотой, рвотой, изменением аппетита, неприятным вкусом во рту;  
2) боли в эпигастрии носят неинтенсивный характер;  
3) симптомы кишечной диспепсии (у 20-40 %) проявляются метеоризмом, нарушением стула (запоры, поносы, неустойчивый стул);  
4) астеноневротический синдром выражен почти у всех больных: раздражительность, неустойчивость настроения, мнительность, канцерофобия, быстрая утомляемость, плохой сон.  
I. Хронический гастрит с выраженной секреторной недостаточностью. Встречается у лиц зрелого и пожилого возраста.  
Характерные жалобы - поносы (диарея), которые обусловлены недостаточным перевариванием пищи в желудке, нарушением переваривания клетчатки, недостаточность pancreas. Резкая слабость, головокружение после приема богатой углеводами пищи - демпинг-синдром, обусловлен быстрым поступлением пищи в двенадцатиперстную кишку.  
II. Хронический гастрит с нормальной или повышенной секреторной функции желудка.  
Чаще встречается у лиц пожилого возраста. При обострении преобладают болевой и диспепсический синдромы. Боли, как правило, четко связаны с приемом пищи - возникают непосредственно или спустя 20-30 мин после еды. Реже встречаются "голодные" боли. Обычно боли умеренные или сводятся к чувству тяжести в эпигастрии.  
Диспепсический синдром проявляется отрыжкой воздухом, кислым, изжогой, тошнотой, иногда срыгиванием, неприятным вкусом во рту. В период обострения хронический гастрит выражен также неврастенический синдром.  
  
*6. Лечение* Все лечебные мероприятия при хроническом гастрите проводят с учетом фазы течения (обострение или ремиссия), этиологии и кислотообразующей функции желудка.  
I. Хронический гастрит - с секреторной недостаточностью  
1. Воздействие на пораженную слизистую оболочку:  
1) необходимо соблюдать принципы механического и термического щажения; питание должно быть дробным, частым, пища должна быть тщательно обработанной, умеренно горячей. Диета - стол № 2;  
2) препараты, улучшающие трофические процессы в слизистой оболочке желудка, усиливающие микроциркуляцию: метилурацил по 0,5 г 3-4 раза в день; витамины В1, В2, В12, С в инъекциях и внутрь; солкосерил (внутримышечно по 2 мл 1 раз в день);  
3) при лечении хронического гастрита, ассоциированного с Нtlicobacter pylari используют схему лекарственной терапии:  
- де-нол по 1 таблетке 3 раз в день за 30 мин до еды и на ночь - 2-4 недели;  
- метронидазол 250 мг - 3-4 раза в день - 10 дней;  
- амоксициллин по 0,5 г - 4 раза в день до еды - 10 дней.  
г) гастропротекторы: вентер, андапсин, алсукрал по 1 г - 4 раза в день - 3-4 недели.  
2. Коррекция нарушений желудочной секреции - препараты, усиливающие секрецию соляной кислоты (настойка травы горькой полыни, настой корня одуванчика и пр.)  
При отсутствии соляной кислоты прибегают к заместительной терапии - желудочный сок, таблетки ацедин-пепсин или "Бетацид", абомин.  
3. Коррекция нарушений моторной функции желудка: назначают препараты миотропного ряда - папаверин по 0,08-0,1 г 3 раза в день. При отсутствии двигательной функции желудка, рефлюксах - церукал, реглан, мотилиум по 10 мг 3 раз в день или сульпирид (эглонил, догматил) в инъекциях (2 мг 5%-ного раствора 1-2 раза в день) или внутрь по 50-100 мг 2-3 раза в день.  
4. Коррекция нарушений кишечного пищеварения: ферментные препараты: фестал, дигестал, панзинорм, панкреатин, мезим-форте, креон, панцитрат.  
II. Хронический гастрит с повышенной секрецией.  
1. Диетотерапия - стол № 1 (исключение продуктов, оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку и стимулирующих желудочную секрецию). Питание частое, дробное  
2. Коррекция нарушения моторной функции желудка достигается назначением холинолитиков периферического действия - атропина сульфата, платифиллина или метацина, а также гастроцепина.  
3. Блокаторы Н2-рецепторов (ранитидин, фамотидин, циметидин, омез), обладающие мощным антисекреторным действием, применяют лишь по особым показаниям (например, при наличии эрозий слизистой оболочки желудка, сочетающихся с высокой продукцией соляной кислоты).  
*Профилактика* заключается в рациональном питании и соблюдении режима питания, отказе от алкогольных напитков и курения. Санация хронических очагов инфекции. Противорецидивная терапия 1-2 раза в год. Санаторно-курортное лечение вне периода обострения.