**ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ**

 Все заболевания желудка делятся на функциональные и органические. К функциональным заболеваниям относятся нарушение секреторной активности желудка, нарушение моторной активности желудка (кардиоспазм, пилороспазм, рефлюкс).

К органическим заболеваниям относят гастриты, язвенную болезнь желудка. К заболеваниям желудка относят состояния после операции (послеоперационные заболевания) и опухоли. В основе функциональных нарушений могут быть нарушения режима питания, неправильная обработка пищи, недостаточное количество первых блюд, еда всухомятку, плохое пережевывание – алиментарные причины. Второй причиной является наличие сопутствующих заболеваний других звеньев желудочно-кишечного тракта.

Клинически функциональные нарушения проявляются в тупых, ноющих болях в области эпигастрия. Боли могут быть схваткообразного характера и сопровождаться чувством тяжести, тошнотой, рвотой. Рвота приносит облегчение.

Дифференциальный диагноз нужно проводить с пищевой интоксикацией, которая сопровождается повышением температуры тела и обезвоживанием.

Лечение заключается в нормализации режима питания, курсовом назначении ферментных препаратов, фитотерапии (фестал, креон, мезим-форте, болотный аир).

Прогноз благоприятный, но возможен переход в гастрит или язвенную болезнь.

1. Острый гастрит

Острый гастрит – острое воспаление слизистой оболочки желудка неинфекционного происхождения. Причиной острого гастрита может быть нарушение питания (изменение режима питания, перегрузка пищеварительного тракта обильной пищей, копченостями, маринадами, холодной пищей (мороженое)). Гастрит может возникнуть вследствие употребления лекарственных средств (аспирин).

Клинически проявляется чувством тяжести и болью в эпигастрии, сопровождается обильной рвотой. Привкус горечи во рту. При пальпации вздутие и болезненность в эпигастральной области. Стул неустойчивый. При адекватном лечении прогноз благоприятный. Излечивание через три дня.

Дифференциальный диагноз проводят с токсикоинфекцией, глистной инвазией.

Лечение проводят назначением диеты (жидкие каши, кисели, овощное пюре, творог, отварная рыба, мясо, черствый хлеб). Ферментные препараты (мезим-форте, инзистан, коэнзим, панзинорм).

2. Хронический гастрит

Хронический гастрит – это заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением слизистой оболочки желудка, нарушением регенераторных процессов в слизистой с последующей атрофией желез желудка.

Этиология

Экзогенные факторы – физические (холодная, горячая, грубая пища), химические (пестициды, токсины, консерванты), биологические (поступление в организм аллергенов, микроорганизмов). К эндогенным факторам относятся: повышенная кислотность, нарушение слизеобразования и регуляция пищеварения гормонами.

Классификация

Классификация следующая.

I. По происхождению:

1) первичный (экзогенный гастрит);

2) вторичный (эндогенный).

II. По распространенности и локализации процесса:

1) распространенный гастрит;

2) очаговый (антральный, фундальный) гастрит.

III. По характеру гистологических изменений слизистой оболочки желудка:

1) поверхностный гастрит;

2) гастрит с поражением желез желудка без атрофии;

3) атрофический гастрит (умеренно выраженный с перестройкой слизистой оболочки).

IV. По характеру желудочной секреции:

1) с нормальной секреторной функцией;

2) с пониженной секреторной функцией;

3) с повышенной секреторной функцией.

V. Фазы течения:

1) фаза обострения;

2) фаза неполной ремиссии;

3) фаза ремиссии.

Клиника

Клинически хронический гастрит характеризуется следующими признаками: больной предъявляет жалобы на боль в эпигастральной области во время еды или сразу же после приема пищи. Язык обложен у корня и на спинке белым или желтоватым налетом, при пальпации болезненность в эпигастрии, положительный синдром Меллори. Длительность заболевания более полугода. В анамнезе – у родственников заболевания желудка (хронический гастрит, язвенная болезнь).

Диагностика

Инструментальные критерии диагностики.

1. ФГДС (фиброгастродуоденоскопия) – признаки воспаления в желудке, гиперсекреция.

2. Желудочное зондирование – повышение кислотности натощак, изменение кислотообразования в базальную и стимулированную фазу как в сторону гипосекреции, так и в сторону гиперсекреции.

3. Рентгенологические исследования: изменение складок, большое количество содержимого натощак, спазм привратника, двенадцатиперстной кишки, изменение формы желудка (в виде песочных часов, гастроптоз).

В плане обследования больных должны присутствовать сбор анамнеза, осмотр, анализ крови, мочи, ФГДС с биопсией, желудочное фракционное зондирование, ацидотест, рН-метрия, рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводят с язвенной болезнью желудка, эзофагитом, панкреатитом.

Лечение хронического гастрита зависит от уровня кислотности. При повышенной кислотности желудка рекомендованы:

1) диета № 1;

2) антациды, Н2-гистаминоблокаторы;

3) препараты, регулирующие слизистую оболочку (вентер, аллаптоин, солкосерил, актовегин);

4) физиотерапия (лазеротерапия, КВЧ, УВЧ).

При пониженной кислотности желудка рекомендованы:

1) диета № 2;

2) препараты, регенерирующие слизистую оболочку;

3) стимуляторы или заменители кислотной фракции (ацидин-пепсин, панзинорис);

4) витамины группы В;

5) физиолечение (лазеротерапия, электрофорез с витаминами В1 и В6).

При установлении наличия хеликобактер пилори целесообразно назначение денола, антибиотикотерапии (амоксициллин, метронидазол).

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Язвенная болезнь (желудка или двенадцатиперстной кишки) – хроническое циклически протекающее заболевание, характерным признаком которого является образование в период обострения язв в областях пищеварительного тракта, контактирующих с активным желудочным соком (желудок – фундальный, антральный отдел, двенадцатиперстная кишка).

Этиология

К развитию язвенной болезни ведут следующие факторы:

1) наследственная предрасположенность;

2) нейропсихические;

3) алиментарные;

4) вредные привычки;

5) лекарственные воздействия;

6) инфекция (хеликобактер пилори).

Классификация

Язвенную болезнь по следующим критериям.

1. Клинико-эндоскопическая стадия – свежая язва; начало эпителизации язвенного дефекта; заживление язвенного дефекта слизистой оболочки при сохранившемся дуодените; клинико-эндоскопическая ремиссия.

2. Фазы: обострение, неполная клиническая ремиссия, клиническая ремиссия.

3. Локализация: фундальный отдел желудка, антральный отдел желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки, постбульбарный отдел, двойная локализация.

4. Форма:

1) неосложненная;

2) осложненная: кровотечение, перфорация, перивисцерит, пенетрация, стеноз привратника.

5. Функциональная характеристика: кислотность желудочного содержимого и моторика: повышенная, пониженная, нормальная.

Другая классификация.

I. Общая характеристика болезни:

1) язвенная болезнь желудка;

2) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;

3) язвенная болезнь неуточненной этиологии;

4) пептическая гастролокальная язва после резекции желудка.

II. Клиническая форма:

1) острая или впервые выявленная;

2) хроническая.

III. Течение:

1) латентное;

2) легкое или редко рецидивирующее;

3) средней тяжести или рецидивирующее (1–2 рецидива и более в течение года);

4) тяжелое (3 рецидива и более в течение года) или непрерывно рецидивирующее, развитие осложнений.

IV. Фаза:

1) обострение (рецидив);

2) затухающее обострение (неполная ремиссия);

3) ремиссия.

V. Характеристика морфологического субстрата болезни:

1) виды язвы:

а) острая язва;

б) хроническая язва;

2) размеры язвы:

а) небольшая (менее 0,5 см);

б) средняя (0,5–1 см);

в) крупная (1,1–3 см);

г) гигантская (более 3 см);

3) стадии развития язвы:

а) активная;

б) рубцующаяся;

в) стадия красного рубца;

г) стадия «белого» рубца;

д) длительно не рубцующаяся;

4) локализация язвы:

а) желудок (кардия, субкардиальный отдел, тело желудка, антральный отдел, пилорический отдел; передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна);

б) двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарная часть, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна);

5) характеристика функций гастродуоденальной системы (указываются только выраженные нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций).

Осложнения:

1) кровотечения:

а) легкие;

б) средней тяжести;

в) тяжелые;

г) крайне тяжелые;

2) перфорация;

3) пенетрация;

4) стеноз:

а) компенсированный;

б) субкомпенсированный;

в) декомпенсированный;

5) малигнизация.

Клиника

Ведущей жалобой является болевой синдром. Боль зависит от состояния нервной системы, эндокринной системы, индивидуальных особенностей, анатомических особенностей язвы, выраженности функциональных нарушений. Боль чаще всего локализуется в эпигастральной области, умблинкальной области, разлитая по всему животу. Боль со временем становится постоянной, более интенсивной, принимает «голодный» и ночной характер. Характерны тошнота, рвота, изжога, отрыжка, гиперсаливация. У больных снижается аппетит. Возрастает эмоциональная лабильность, нарушается сон, повышается утомляемость. Развиваются запоры или неустойчивый стул. Гипергидроз, артериальная гипотония, брадикардия. При пальпации болезненность в эпигастрии или в пилородуоденальной области, дефанс мышц передней брюшной стенки. Положительный синдром Менделя, синдром Оппенховского (болезненность в области остистых отростков XIII–XI грудных позвонков), симптом Гербета (боль в области поперечных отростков III поясничного позвонка). При кровоточащих язвах положительная реакция на скрытую кровь. Имеет значение в постановке диагноза наследственная предрасположенность (особенно по мужской линии).

Лабораторные данные. Исследование желудочной секреции (повышение объема, кислотности, дебит-часа свободной соляной кислоты и активности пепсина); общий анализ крови: может быть эритроцитоз, постгеморрагическая гипохромная анемия, лейкопения, при осложнениях – повышение СОЭ; положительная реакция кала на скрытую кровь.

Диагностика

Инструментальные методы исследования: фиброгастродуоденоскопия: обнаружение язвы;

Рентгенологическое исследование с барием: прямые признаки – ниша, конвергенция складок и др.; косвенные – гиперсекреция натощак, деформация луковицы, пилородуоденоспазм, спастическая перистальтика; в состоянии гипотонии – с применением фармакологических средств (атропин).

При цитологическом исследовании обнаруживается хелико-бактер пилори.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводится с хроническим гастритом (с повышенной кислотностью) и гастродуоденитом (эпозивным, антральным, атрофическим гастритом, эрозивным дуоденитом).

Лечение

В момент обострения назначают постельный или полупостельный режим. Диета № 1а и 1б на короткий срок, затем № 1. Лекарственная терапия направлена на:

1) подавление агрессивных свойств желудочного сока; неселективные М-холинолитики (атропин, платифилин, метацин); селективные блокаторы М1-холинорецепторов (гастроепин, пиронцепин); блокаторы Н2-рецепторов гистамина (цислетидин, ранитидин, фамотидин); антагонисты кальция (верапамил, нифедипин); антациды (альмагель, фосфамогель, гастрогель);

2) повышение защитных свойств слизистой оболочки: уито-протекторы (карбеноксалон натрия, сукральфат, коллидный висмут); стимуляторы репарации (оксиферрискарбон натрия, пиримидины);

3) нейрогуморальную регуляцию: психотропные (элениум, седуксен, седативные средства); блокаторы дофаминовых рецепторов (церукал, эглонил);

4) антибактериальное действие (метронидазол – при наличии хеликобактер пилори). Физиотерапия – КВЧ, магнито– и лазеротерапия; электрофорез лекарственных препаратов, гипербарическая оксигенация.

Прогноз

Прогноз при язвенной болезни зависит от индивидуальных особенностей организма, регулярности и адекватности лечебных мероприятий. У большинства пациентов первый курс интенсивной терапии приводит к заживлению язвенного дефекта, но при несоблюдении диеты приводит к рецидиву болезни и осложнениям. Возможно развитие перигастрита, перидуоденита, стеноза пилородуодельного отдела, пенетрации (например, в поджелудочную железу), развитие кровотечения и перитонита.

Диспансеризация

После выписки из стационара осмотр врачом ежеквартально, затем 2 раза в год (весной и осенью). ФГДС делают через 6 месяцев после начала обострения, чтобы оценить эффективность терапии. Противорецидивное лечение проводят два раза в год весной и осенью в течение 3 – 4-х недель. Санаторно-курортное лечение проводится не ранее, чем через 3–6 месяцев после исчезновения болевого синдрома и заживления язвы в санаториях Ессентуков, Железноводска, Боржоми.

**ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА**

**Опухоли желудка** - это доброкачественные и злокачественные [новообразования](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8) [желудка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%BA), к которым относятся:

[Доброкачественные опухоли желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1)

* [Полипоз желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B7_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1)
* [Миома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1)
* [Фиброма желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1), [Фибромиома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1), [Нейрофибром желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9D%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1" \o "Нейрофибром желудка (страница отсутствует))
* [Невринома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1), [Неврилеммома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%BC%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1" \o "Неврилеммома желудка (страница отсутствует))
* [Липома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9B%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1)
* [Гемангиома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1), [Лимфангиома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9B%D0%B8%D0%BC%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1" \o "Лимфангиома желудка (страница отсутствует)), [Эндотелиома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1" \o "Эндотелиома желудка (страница отсутствует))

Злокачественные опухоли

* [Рак желудка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D0%BA_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0)
* [Саркома желудка](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1)