



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5**

**Методическая разработка  
для преподавателя на тему:**

# **"Хронический гастрит"**

Составлено на основании  
унифицированной программы  
последипломного обучения

Методическая разработка  
обсуждена и утверждена  
на заседании кафедры

**Составитель разработки:**

**доц. Гутнова С.К., доц. Ранюк Л.Г.**

**Владикавказ**

**Тема практического занятия:** «Хронический гастрит»

**Место проведения занятия:** учебная комната, палаты отделения.

• **Обоснование необходимости изучения темы:**

Хронический гастрит (ХГ) относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. По данным большинства исследователей ХГ страдают до 50-80% всего населения.

ХГ занимает центральное место среди болезней желудка (80-85%).

При этом значение ХГ определяется не только его распространенностью, но и возможной связью его отдельных форм с такими заболеваниями, как ЯБ и рак желудка.

Поэтому глубокие знания современных этиопатогенетических механизмов различных форм хронических гастритов, их клинических проявлений, правильная интерпретация данных дополнительных методов исследования, а следовательно, адекватное лечение, позволит клиницистам успешнее бороться с этой хронической патологией желудочно-кишечного тракта.

**Цель занятия:** углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков диагностики, дифференциальной диагностики, современных лабораторно-инструментальных методов исследования, формулировки клинического диагноза и выбора оптимальной тактики лечения.

**Задачи занятия:** Научить аспирантов умению:

- Выделить ведущий синдром – боли в верхней половине живота»
- Определить круг заболеваний с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз по ведущему синдрому у конкретного больного;
- Сформулировать предварительный диагноз;
- Определить объем дополнительных методов исследования и дать им интерпретацию;
- Сформулировать клинический диагноз в соответствии с принятой классификацией;
- Назначить лечение разбираемому больному.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

1. Уметь выделять и формировать ведущий синдром.
2. Уметь проводить дифференциальный диагноз по ведущему синдрому.
3. Уметь формулировать предварительный диагноз.
4. Уметь назначить необходимый объем дополнительных методов исследования.
5. Уметь трактовать полученные данные ЭГДС (в том числе с гистологическим исследованием), анализа желудочного сока, копроскопии, рентгенологического исследования, исследования *Helicobacter pylori*;
6. Уметь формулировать клинический диагноз в соответствии с принятой классификацией.
7. Знать общие принципы лечения, препараты, их механизм действия и тактику их применения.

### **ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ:**

#### *Технические средства:*

- Мультимедийное оснащение
- диапроектор
- негатоскоп

#### *Демонстрационный материал:*

- больные хроническим гастритом
- истории болезни
- набор анализов
- рентгенограммы
- наборы препаратов для лечения хронического гастрита
- таблицы
- слайды

## План и организационная структура занятия «Хронический гастрит»

№ п/п	Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятия
1.	Организационные мероприятия	5	-	уч. комната	Журнал
2.	Контроль исходного уровня знаний слушателей	15	II	уч. комната	Контрольные вопросы и задачи
3.	Клинический разбор больных (2-3 человека)	50	II	палата	Больные, истории болезни
4.	Анализ полученных данных, характерных симптомов, выделение заболеваний для диф. диагноза	10	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
5.	Дифференциальный диагноз	30	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
6.	Предварительный диагноз	5	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
7.	Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	15	III	уч. комната	Истории болезни, анализы
8.	Клинический диагноз по современной классификации	5	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
9.	Тактика врача при хроническом гастрите	10	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
10.	Прогноз, экспертиза трудоспособности	5	III	уч. комната	Истории болезни
11.	Контроль конечного уровня усвоения материала	5	-	уч. комната	Тесты-задачи, задание по НИРС
12.	Задание на дом	5	-	уч. комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические

					<b>БОЛЬНЫЕ</b>
--	--	--	--	--	----------------

## ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ: ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ



## **Рекомендации к проведению занятия**

### ***1. Подготовительный этап***

За день до занятия преподаватель подбирает нескольких больных с хроническим гастритом и распределяет для курации среди аспирантов. На занятии преподаватель знакомит аспирантов с целью, задачами и планом проведения занятия, контролирует исходный уровень знания путем устного ответа на поставленные вопросы или решения ситуационной задачи.

В обязательном порядке разбираются все неясные вопросы. Преподаватель осуществляет контроль готовности к занятию (больной, наглядные пособия, рефераты и другие материалы).

### ***2. Основной этап***

Аспиранты готовят своих больных к разбору: собирают жалобы, анамнез, выявляют объективные данные, выделяют ведущий синдром (боли в верхней половине живота) и определяют круг заболеваний, привлекаемых для диф. диагноза (рак желудка, язвенная болезнь, дуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, недостаточность кардии, хронический панкреатит, холецистит, дискинезии желчевыводящих путей, ИБС – гастралгическая форма).

Дифференциальный диагноз проводится путем сравнения нозологии с состоянием курируемого больного, начинаем диф. диагноз с наименее вероятной патологии к более вероятной. После проведения диф. диагноза формулируем предварительный диагноз, затем определяем круг или объем дополнительных исследований. Сначала по основному диагнозу, затем для диф. диагностики. После полученных результатов исследования, их трактуют и формулируют клинический диагноз. Затем назначаем лечение конкретному больному.

### ***3. Заключительный этап***

Контроль конечного уровня знаний путем решения ситуационных задач. Обсуждение ведется устно. Можно обсудить случаи из практики аспирантов. Преподаватель объясняет неясные вопросы и рекомендует литературу для детального ознакомления. Подводит итог занятию и дает задание на дом.

После назначения лечения проводится семинар.

**Тема семинарского занятия** «Этиология, патогенез, диагностика и лечение хронических гастритов», на котором слушатели выступают с докладами, освещающими вопросы этиологии, патогенеза, современных методов исследования и подробно разбирается лечение (общие принципы, диета, препараты и механизм их действия, тактика применения). После третьего доклада дается оценка правильности лечения разбираемого больного.

Обсуждаются вопросы диспансеризации, профилактики и ВТЭ у разбираемых больных.

## **I. Подготовить доклады**

1. Этиология, патогенез хронических гастритов (30 минут)
  - а) Значение *Helicobacter pylori* в этиологии и патогенезе хронического гастрита;
  - б) Аутоиммунная агрессия в патогенезе хронического гастрита;
  - в) Этиология и патогенез особых форм хронических гастритов.
2. Современные методы исследования при заболеваниях желудка (35 минут)
  - а) Лабораторные и инструментальные методы исследования;
  - б) Дополнительные методы исследования, применяемые при дифференциальной диагностике (ЭКГ, дуоденальное зондирование и др.).
3. Современный подход к лечению хронических гастритов (40 минут)
  - а) Общие принципы лечения хронических гастритов;
  - б) Группы лекарственных препаратов в лечении хронических гастритов:
    - эрадикационная терапия
    - антисекреторная терапия
    - заместительная терапия
    - стимулирующая терапия
    - коррекция нарушений обмена веществ и др.
  - в) Фармакодинамика применяемых лекарственных препаратов.



г) Особенности лечения хронического аутоиммунного и хронического хеликобактерного гастритов.

4. Профилактика и прогноз хронических гастритов (15 минут).

**II.** Интерпретация истории болезни (полнота обследования больного, правильность назначения эрадикационной терапии, антисекреторной терапии и т.д.).

**III. Заключительная часть.**

Результаты оцениваются преподавателем с учетом и анализом ошибок. Подводится итог занятию.

*Демонстрационный материал:*

- тематические больные хроническим гастритом
- истории болезни
- эзофагогастродуоденоскопии
- набор анализов
- рентгенограммы
- наборы препаратов для лечения хронического гастрита
- таблицы
- слайды

## ВОПРОСЫ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

1. Дать определение понятию «хронический гастрит»?
2. Какие этиопатогенетические типы хронического гастрита выделяют?
3. Чем характеризуется хронический аутоиммунный гастрит?
4. Какова характеристика хронического хеликобактерного гастрита?
5. Что характерно для реактивного ХГ?
6. Каковы основные патоморфологические признаки ХГ?
7. Какие клинические синдромы наблюдаются при ХГ?
8. Какова классификация ХГ?
9. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования используются при диагностике ХГ?
10. Каковы основные принципы терапии ХГ?

**ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.**

1. Назовите особые формы хронического гастрита согласно «Сиднейской классификации»:
  - а) аутоиммунный атрофический гастрит
  - б) рефлюкс-гастрит
  - в) лимфоцитарный гастрит
  - г) эозинофильный гастрит
  - д) гранулематозный гастрит
  
2. Для какого из нижеперечисленных заболеваний характерен атрофический аутоиммунный гастрит?
  - а) лучевое поражение
  - б) цирроз печени с синдромом портальной гипертензии
  - в) болезнь Шенлейна-Геноха
  - г) В<sub>12</sub>-дефицитная анемия
  - д) системные васкулиты
  
3. При каком из нижеперечисленных заболеваний встречается конгестивная гастропатия?
  - а) лучевое поражение
  - б) цирроз печени с синдромом портальной гипертензии
  - в) системные заболевания
  - г) черепно-мозговые травмы
  - д) распространенные ожоги
  
4. Укажите первоначальную локализацию гастритических изменений, вызванных инфекцией НР:
  - а) субкардиальный отдел
  - б) фундальный отдел
  - в) антральный отдел

- г) антральный и фундальный отделы
- д) антральный отдел и луковица ДПК

5. Какие факторы способствуют развитию эрозивного и геморрагического гастрита?
- а) злоупотребление алкоголем
  - б) прием нестероидных противовоспалительных препаратов
  - в) прямая травматизация слизистой оболочки желудка
  - г) пищевая аллергия
  - д) целиакия
6. При каких заболеваниях встречается гранулематозный гастрит?
- а) В<sub>12</sub>-дефицитная анемия
  - б) туберкулез
  - в) сифилис
  - г) болезнь Крона
  - д) саркоидоз
7. Для какого из нижеперечисленных заболеваний характерен лимфоцитарный гастрит?
- а) сифилис
  - б) В<sub>12</sub>-дефицитная анемия
  - в) целиакия
  - г) болезнь Крона
  - д) саркоидоз
8. При каких формах хронического гастрита отмечается повышенный риск развития рака желудка?
- а) диффузный атрофический гастрит
  - б) гастрит при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии
  - в) гастрит культи желудка
  - г) гастрит с неполной кишечной метаплазией
  - д) гастрит с полной кишечной метаплазией

9. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для болезни Менетрие?

- а) рвота
- б) поносы
- в) запоры
- г) периферические отеки
- д) желудочно-кишечные кровотечения

10. Укажите рентгенологические признаки болезни Менетрие:

- а) складки слизистой оболочки желудка гипертрофированы
- б) складки слизистой оболочки желудка располагаются беспорядочно
- в) складки слизистой оболочки желудка сохраняют определенный порядок
- г) стенка желудка остается эластичной
- д) эластичность стенки желудка снижена

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ

1. В соответствии с «Сиднейской классификацией» к особым формам хронического гастрита относятся лимфоцитарный гастрит, эозинофильный гастрит, гранулематозный гастрит. Правильные ответы: в), г), д).
2. Аутоиммунный атрофический гастрит характерен для В<sub>12</sub>-дефицитной анемии. Правильный ответ: г).
3. Конгестивная гастропатия встречается у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии. Правильный ответ: б).
4. Гастритические изменения, вызванные инфекцией НР, локализуются первоначально в антральном отделе. Правильный ответ: в).
5. Развитию эрозивного и геморрагического гастрита способствуют злоупотребление алкоголем, прием нестероидных противовоспалительных препаратов, прямая травматизация слизистой оболочки желудка. Правильные ответы: а), б), в).
6. Гранулематозный гастрит встречается при туберкулезе, сифилисе, болезни Крона, саркоидозе. Правильные ответы: б), в), г), д).
7. Лимфоцитарный гастрит характерен для больных с целиакией. Правильный ответ: в).
8. Повышенный риск развития рака желудка отмечается при диффузном атрофическом гастрите, гастрите при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии, гастрите культи желудка, гастрите с неполной кишечной метаплазией. Правильные ответы: а), б), в), г).
9. Для болезни Менетрие характерны такие симптомы, как рвота, поносы, периферические отеки, желудочно-кишечные кровотечения. Правильные ответы: а), б), г), д).
10. При рентгенологическом исследовании, проведенном у больных с болезнью Менетрие, складки слизистой оболочки желудка гипертрофированы, но сохраняют определенный порядок, эластичность стенки желудка не изменена. Правильные ответы: а), в), г).

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача №1

Больная А., 34 лет, жалуется на боль в надчревной области, возникающую вскоре после приема пищи, тошноту, отрыжку, неустойчивость стула. Заболевание развилось постепенно, первые признаки появились около двух лет назад.

При осмотре: больная удовлетворительного питания, язык обложен белым налетом, влажный, с отпечатками зубов по краям. При пальпации живота определяется разлитая болезненность в надчревной области.

Результаты фракционного исследования желудочной секреции: натощак извлечено 15 мг сока с примесью слизи, свободная хлористоводородная кислота отсутствует, общая кислотность 20 ммоль/л; базальная секреция: часовое напряжение секреции 35 мл, свободная хлористоводородная кислота 0; секреция, стимулированная гистамином (введено подкожно 0,5 мл гистамина): часовое напряжение секреции 50 мл, дебит свободной хлористоводородной кислоты 3 ммоль/л, количество пепсина 0,8 ммоль/л.

При фиброгастроскопии обнаружены очаги гиперемии слизистой оболочки, явления отека и значительное количество слизи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие заболевания необходимо исключить?
3. Ваш план дальнейшего ведения больной?

### Задача №2

Больная Н., 62 лет, жалуется на ноющую боль в надчревной области непосредственно после приема пищи, тошноту. Боль никуда не иррадирует. Считает себя больной неделю. Диетическое питание облегчения не принесло.

Из анамнеза известно, что больная принимает индометацин в течение 2 месяцев по поводу ревматического артрита. До этого со стороны желудочно-кишечного тракта жалоб не было.

При осмотре: больная удовлетворительного питания, отмечаются изменения суставов, характерные для ревматоидного артрита. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания, при пальпации определяется разлитая болезненность в надчревьe. Печень и селезенка не увеличены. Отрезки кишок при пальпации безболезненны.

Пульс 76 в 1 мин., ритмичный, АД 14,7/9,3 кПа (110/70 мм.рт.ст.). Тоны сердца ослаблены, систолический шум над верхушкой. В легких везикулярное дыхание.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?
3. Ваша врачебная тактика?
4. 4. Ваш прогноз?

### **Задача №3**

Больной Д., 20 лет, жалуется на голодную боль в животе, сопровождающуюся изжогой. После еды боль исчезает, через 1,5 часа возобновляется. По совету окружающих часто принимает соду, снимающую боль на короткий срок.

При осмотре: язык чистый со сглаженными сосочками. Живот мягкий, локальная болезненность в гепатодуоденальной зоне. Положительный симптом Менделя.

Вопросы:

1. Какое из перечисленных ниже исследований представляет наибольшую диагностическую ценность: а) желудочное зондирование, б) фиброгастродуоденоскопия?
2. Какие из мероприятий могут быть начаты до окончания обследования: а) инъекции атропина, б) парафиновые аппликации, в) щелочные смеси?
3. При анализе каловых масс реакция с бензидином оказалась положительной, с гваяковой настойкой – отрицательной. Ваша дальнейшая тактика?

### **Задача №4**

Больной В., 48 лет, жалуется на общую слабость, недомогание, потурю аппетита, чувство жжения в кончике языка, чувство тяжести в надчревьe даже



после употребления небольшого количества пищи, понос. Считает себя больным 5-6 лет, однако практически не лечился.

При осмотре: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в надчревной области, большая кривизна желудка определяется на 3 см выше пупка по средней линии живота. В остальном данные физикального обследования без особенностей. Уропепсиноген по Туголукову ниже нормы.

Анализ крови общий: эр.  $2,2 \cdot 10^{12}/л$ , Нб 94г/л, цв. показатель 1,2, СОЭ 18 мм/ч.

Данные эндоскопического исследования: слизистая оболочка в фундальной части атрофична, гиперемирована, складки сглажены. В антральном отделе слизистая оболочка не изменена. Была диагностирована железодефицитная анемия. Назначено лечение, включающее феррум-лек, тиамин, пиридоксина гидрохлорид, гистодил, фестал. Однако через неделю состояние больного ухудшилось.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?
3. Какие процессы лежат в основе этиопатогенеза данного заболевания?

## ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ

### Задача №1

1. Хронический атрофический гастрит с выраженной секреторной недостаточностью в фазе обострения.
2. Хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический колит, рак желудка.
3. Лечение может быть проведено амбулаторно. Показан кратковременный (6-10 дней) полупостельный режим. Диета №2 по Певзнеру сроком на 1-2 мес. В дальнейшем диета может быть близкой к столу №15 с исключением продуктов, богатых соединительной тканью, грубой клетчаткой, копчений, тугоплавких жиров.

Нужно назначить лечение, направленное на урегулирование психоэмоциональной сферы, препараты валерианы, тазепам, элениум, триоксазин и др., электрофорез натрия бромид по Щербаку, хвойные ванны.

Спазмолитики (папаверин, но-шпа, галидор), витаминотерапия, биогенные стимуляторы регенерации – метилурацил, пентоксил, анаболические гормоны, стимуляторы секреции – препараты подорожника, желудочный сок или ацидин-пепсин во время еды, для коррекции нарушений кишечного пищеварения – ферментные препараты (панзинорм, панкреатин и др.).

В реабилитационный период показаны фитотерапия (препараты подорожника, тысячелистника, полноценное белково-витаминное питание), санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Пятигорск, Миргород). Диспансеризация с периодическим рентгенологическим и эндоскопическим контролем.

### Задача №2

1. Лекарственный гастрит.
2. Общий анализ крови, мочи, кала на скрытую кровь, фракционное исследование желудочного сока, фиброгастроскопия.
3. Отменить индометацин. Назначить диету №1 на 3-4 дня, алмагель по 1 ложке 3 раза в день перед едой в течение недели, викалин.

4. Прогноз благоприятный.

### **Задача №3**

1. Фиброгастродуоденоскопия.
2. Щелочные смеси.
3. Общий анализ крови, в том числе исследование крови на уровень ретикулоцитов. При строгой диете (исключить употребление мяса, яиц, зелени) повторить анализ кала на реакцию с бензидином.

### **Задача №4**

1. Хронический аутоиммунный атрофический фундальный гастрит со сниженной функциональной активностью желудка, В<sub>12</sub>-, фолиеводефицитная анемия.
2. Преднизолон по 30 мг с учетом циркадного ритма введения глюкокортикоидов, натуральный желудочный сок, препараты, повышающие секреторную функцию желудка (прозерин, настойка чилибухи), витамины (тиамин, рибофлавин, пиридоксина гидрохлорид, аскорбиновая кислота, витамин РР), средства, усиливающие регенерацию слизистой оболочки (метилурацил, ретаболил и др.). Для лечения анемии следует назначать препараты, содержащие цианокобаламин и фолиевую кислоту.
3. Этиологически и патогенетически аутоиммунный атрофический фундальный гастрит, сопровождающийся мегалобластной анемией, связан с появлением аутоантител к обкладочным клеткам слизистой оболочки желудка и внутреннему фактору Кастля.

### Список литературы:

1. Калинин А. В. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей // М. : МЕДпресс-информ, 2011. - 864 с.
2. Ройтберг, Г. Е., Струтынский А. В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения : учеб. Пособие // М. : МЕДпресс-информ, 2011. - 560 с.
3. Болезни пищевода и желудка. Руководство по гастроэнтерологии под редакцией Комарова Ф.И., Гребенева А.Л., Шептулина А.А. Москва «Медицина». 1995.- 671С.
4. Гастроэнтерология. Приложение к журналу «Врач». Москва «Русский врач».- 1998.- 95С.
5. О कोरोков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 1. Москва «Медицинская литература» 1999. 533С.
6. Рысс Е.С. Современные представления о хроническом гастрите (определение, механизмы развития, классификация, клиническая картина, лечение) // Тер. архив.- 1999.- №2.- С.7-13.
7. Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии. Москва, Триада-Х, 1999. 255С.
8. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов (пищеварения). Том 1. Москва «Медицинская литература». 2000. 548С.
9. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика. Внутренние болезни – интернология. Практическое руководство. Хронический гастрит. Москва.- 2001г.
10. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Хронический гастрит: современные представления, принципы диагностики и лечения. // Библиотека РМЖ. Том 3.- №2.- 2001.- С.54-60.
11. Спутник терапевта. Внутренние болезни в вопросах и ответах. Санкт-Петербург «Фолиант». 2001. 523С.
12. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. «Медицинское информационное агентство».- Москва. 2003.- 480С.