

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

В.Н. Петров, проф., В.А. Лапотников, проф.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

E-mail: vlapotnikov@mail.ru

Приведены причины, принципы диагностики и лечения хронического гастрита, составляющие сестринской помощи при этом заболевании.

Ключевые слова: хронический гастрит, этиология, диагностика, лечение, сестринская помощь.

Хронический гастрит (ХГ) – хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, сопровождающееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации (восстановления) и последующими атрофическими изменениями, расстройством секреторной, моторной (двигательной) и инкреторной функций желудка. ХГ – самое частое заболевание желудка, широко распространенное среди населения земного шара.

ХГ нередко протекает без отчетливой клинической симптоматики, его трудно заподозрить и диагностировать. Свойственные ему клинические проявления неспецифичны и могут встречаться при синдромах *функциональной диспепсии*, обусловленной двигательными (моторно-эвакуаторными) нарушениями работы желудка и двенадцатиперстной кишки, и *органической диспепсии*, развивающейся при ряде заболеваний (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический холецистит, панкреатит и др.).

Термин «диспепсия» произошел от греческого *dys* (нарушение) и *peptien* (переваривать). *Синдром диспепсии* определяют как ощущения быстро наступающего насыщения, полноты (переполнения) желудка после приема пищи, а также жжения и боли в эпигастриальной области. Нередко эти симптомы отдельно или в сочетании определяют клиническую картину ХГ.

При выявлении синдрома диспепсии медсестра направляет пациента на консультацию к врачу. Ему принадлежит главная роль в проведении диагностических мероприятий с применением физикальных, лабораторных и инструментальных (эндоскопического, рентгенологического, ультразвукового и др.) методов, выявлении функциональной или органической природы диспепсии и верификации ХГ. Последняя достигается с помощью гистологического (цитологического) исследования биоптатов слизистой оболочки желудка и выявления ее морфологических изменений.

Этиология и патогенез

Основными причинами ХГ считают аутоиммунные и инфекционные (инфицированность *Helicobacter*



pylori – *H. pylori*) факторы. Меньшую роль в развитии ХГ играют неблагоприятное (повреждающее) действие на слизистую оболочку желудка дуодено-гастрального рефлюкса (заброс содержимого двенадцатиперстной кишки и желчи в желудок); длительное применение некоторых лекарственных средств (кортикостероидные гормоны, нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП, сердечные гликозиды и др.); нарушение качества и режима питания (длительные интервалы между приемами пищи, злоупотребление однообразной, острой, холодной или горячей пищей и др.); вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем и крепким кофе), профессиональные вредности (тяжелые металлы, кислоты, щелочи и др.).

Перечисленные этиологические факторы способствуют нарушению физиологического равновесия между защитными и повреждающими процессами в слизистой оболочке желудка с преобладанием последних. Нарушается регенерация эпителия, развивается воспалительный процесс с клеточной инфильтрацией слизистой оболочки и последующими ее атрофическими изменениями. В итоге страдают секреторная, кислотообразующая, ферментообразующая и моторная (сократительная) функции желудка.

Учитывая причины и механизмы развития ХГ, морфологические (гистологические), эндоскопические изменения

и особенности течения заболевания, выделяют 2 наиболее значимые в клиническом плане формы ХГ: аутоиммунный (фундальный) и хеликобактерный (антральный).

Аутоиммунный ХГ – заболевание неизвестной этиологии, встречающееся преимущественно у пожилых и старых людей. Суть его состоит в образовании аутоантител к париетальным клеткам слизистой оболочки дна и тела желудка, вырабатывающим соляную кислоту и внутренний фактор (способствует всасыванию витамина В₁₂ в кишечнике). Развивается выраженная атрофия слизистой оболочки верхних 2/3 желудка, прекращается выработка соляной кислоты (ахлоргидрия), возникает В₁₂-дефицитная анемия.

Значительно чаще встречается хеликобактерный ХГ. *H. pylori* вызывают вначале воспалительный процесс в антральном (выходном) отделе желудка с последующим его распространением на вышележащие отделы (тело и дно). Источник заражения – больной человек и животные. Воспалительный процесс, обусловленный выработкой *H. pylori* токсичных веществ (цитотоксинов), является «инициатором» атрофических изменений антрального, а затем и других отделов желудка. Этой форме ХГ свойственны развитие поверхностных дефектов (эрозий) слизистой оболочки, частое сочетание с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, тенденция к малигнизации (возникновению злокачественных опухолей желудка).

Клиника и диагностика

ХГ длительное время может клинически не проявляться. Больные обращаются за медицинской помощью, как правило, при обострении заболевания, сопровождающемся возникновением ряда неспецифических симптомов, характер которых зависит от формы ХГ и обусловленных ею особенностей секреторной и моторной функций желудка.

Аутоиммунному ХГ, характеризующемуся атрофическими изменениями дна и тела желудка, выраженным снижением его кислотообразующей функции, свойственны синдромы желудочной и кишечной диспепсии. Больных беспокоят ранние тупые боли, ощущение тяжести и переполнения после еды в подложечной области. Нередко отмечают снижение аппетита, отрыжка пищей и воздухом, тошнота, неприятный вкус во рту, вздутие и урчание в животе, склонность к неустойчивому стулу и поносам.

При объективном исследовании выявляют похуждение, обложенность языка беловато-желтым налетом, возможны дистрофические изменения кожи, ломкость ногтей и волос. Наблюдается боль при пальпации в подложечной области.

Представленная клиническая картина позволяет медсестре заподозрить ХГ. Его аутоиммунную форму идентифицирует врач, применяя инструментальные методы исследования. Наиболее ценный из них – эндоскопия (эзофагогастродуоденоскопия) с биопсией слизистой оболочки желудка; при этом обнаруживают истощение и сглаженность, иногда – бледность слизистой оболочки, а при ее гистологическом исследовании – атрофию с исчезновением специализированных желез.

Менее значимы в диагностическом плане рентгенологическое исследование, свидетельствующее об

уменьшении выраженности складок слизистой оболочки желудка, и анализ секрета желудочного сока с помощью зондовых методов, выявляющее снижение, иногда – отсутствие выработки соляной кислоты (ахлоргидрия).

Возможно развитие В₁₂-дефицитной анемии, характеризующейся повышением цветового показателя, уменьшением количества лейкоцитов и тромбоцитов, появлением больших эритроцитов (макроциты) и полисегментированных нейтрофильных лейкоцитов в периферической крови.

Хеликобактерному ХГ свойственны меньшая выраженность атрофических изменений (нередко – очагового характера) слизистой оболочки антрального и вышерасположенных отделов желудка, чаще – его повышенная, реже – нормальная кислотообразующая функция. В клинической картине преобладают ранние тупые, реже – поздние (через 1,5–2 ч после еды) схваткообразные боли в подложечной области. Больных беспокоят изжога, кислая отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту, склонность к запорам.

По мере прогрессирования заболевания с развитием атрофии слизистой оболочки всех отделов желудка изменяется характер клинических проявлений. Нередко появляются чувство тяжести и переполнения в подложечной области после еды, урчание и вздутие живота, склонность к поносам. Ухудшается аппетит.

При осмотре обнаруживают обложенность языка беловато-желтым налетом, при пальпации живота – боль в подложечной области.

Эндоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка способствует выявлению чаще воспалительных, реже – атрофических изменений слизистой оболочки и эрозий, преимущественно – в антральном (выходном) отделе желудка. Существенным диагностическим подспорьем является обнаружение *H. pylori* с помощью биохимических или морфологических методов.

Достаточно характерный признак хеликобактерного ХГ, особенно в начальной стадии, – повышение, реже – сохранение кислотообразующей и ферментобразующей функций желудка.

У больных ХГ может наблюдаться астеноневротический синдром, характеризующийся слабостью, раздражительностью, зябкостью конечностей, а также демпинг-синдром, возникающий после приема пищи и проявляющийся внезапной слабостью, сонливостью, бледностью и потливостью.

Течение ХГ характеризуется чередованием периодов обострения и ремиссий. Обострению – появлению болевых и диспепсического синдромов – нередко способствуют употребление грубой, острой, копченой, жареной пищи, алкогольных напитков, применение некоторых лекарств (НПВП и др.).

Сестринский уход

Разумно (целенаправленно) собранный анамнез с последующим объективным исследованием позволяет медсестре сформулировать проблемы пациента и правильно спланировать сестринский уход. Важно конкретизировать жалобы пациента, касающиеся болевых и диспепсического синдромов, и выяснить, когда впервые возникли симптомы заболевания и связаны ли они с приемом пищи. Следует оценить локализацию,

Лечение

интенсивность и характер болей (ранние, поздние, голодные). Медсестра должна расспросить пациента об особенностях его питания и профессиональной деятельности, вредных привычках, использовании лекарственных средств.

Сестринские диагнозы (проблемы пациента) при ХГ могут быть представлены следующим образом:

- боли в подложечной области;
- ощущения тяжести и переполнения в подложечной области после еды;
- диспепсические расстройства (отрыжка, тошнота, изжога);
- вздутие живота (метеоризм);
- недостаточная осведомленность пациента о причинах заболевания, способах его предупреждения и лечения.

У пациента с диагностированным ХГ выясняют причины обострения заболевания, возможную их связь с нарушениями диеты и режима медикаментозного лечения.

В сферу обязанностей медсестры входят оценка уровня знаний пациента и членов его семьи о заболевании и особенностях ухода при нем, организация психологической, физической, экономической и социальной помощи больному, мероприятий по изменению стиля его жизни. Она объясняет целесообразность и диагностические возможности лабораторных исследований, перечень которых выглядит следующим образом: клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов (молодые эритроциты); определение уровней общего белка, белковых фракций, сахара крови, группы крови и резус-фактора, железа сыворотки крови; общий анализ мочи; анализ кала на скрытую кровь; уреазный тест (с целью выявления инфицирования желудка *H. pylori*); эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и последующим гистологическим исследованием биоптата; УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы. Проведение дополнительных исследований и консультаций специалистов зависит от клинических проявлений основного и предполагаемых сопутствующих заболеваний.

Медсестра наблюдает за поведением пациента, отмечает изменения его самочувствия и общего состояния, обучает методам самоухода, следит за выполнением общегигиенических мероприятий, в том числе касающихся гигиены полости рта, рассказывает больному и его родственникам об основах ухода за полостью рта. При сухости языка показана его чистка мягкой зубной щеткой с использованием раствора соды 2–3 раза в день. Можно часто и малыми порциями давать больному кусочки льда, минеральную воду. Губы смазывают вазелином. При отсутствии у пожилого человека зубов его кормят протертой пищей.

При развитии стоматита показана консультация стоматолога. Инфекция полости рта может ухудшить самочувствие больного, препятствовать нормальному приему пищи и лекарственных средств. В таких случаях исключают из рациона острые и кислые продукты; зубы, десны и язык протирают слабым раствором борной кислоты, питьевой соды, отварами ромашки и коры дуба. Слизистую оболочку полости рта смазывают маслом шиповника или облепихи.

При обострении ХГ чаще используют амбулаторное (домашнее) лечение, реже – при выраженном болевом и диспепсическом синдромах – стационарное. Тактика лечения зависит от формы и особенностей клинического течения заболевания, характера нарушений секреторной и моторной функций желудка. Лечение – индивидуальное, комплексное и направлено на ликвидацию и предупреждение обострений ХГ. Используют *немедикаментозные* (лечебное питание, фитотерапия, лечебная физкультура) и *медикаментозные методы*. Сообразуясь с назначениями лечащего врача, медсестра сотрудничает со специалистами по диетологии, физиотерапии, психотерапии, лечебной физкультуре и др., проводит беседы с пациентом и его родственниками о нормализации режима труда и отдыха, особенностях питания, устранении бессонницы, конфликтных ситуаций, вредных привычек.

Важным условием эффективности комплексного лечения ХГ является *диетотерапия*, направленная в период обострения заболевания на термическое, химическое и механическое щажение желудка. Используют диету № 2 с постепенным переходом к 15-й диете при секреторной недостаточности, диету № 1 с последующей ее заменой 15-й диетой при нормальной или повышенной секреторной функции желудка.

Из пищевого рациона исключают продукты и блюда, оказывающие сильное раздражающее действие на слизистую оболочку желудка: соления, копчености, наваристые супы, маринады, острые приправы, жареное мясо и рыбу. Ограничивают употребление соли, крепкого чая и кофе, исключают алкогольные напитки. Рекомендуют слизистые супы из круп, молочные супы с протертой крупой, пюре из отварных овощей, яйца всмятку или в виде омлетов, кальцинированный творог, кисели, некрепкий чай с молоком, отварные мясо и рыбу, хлеб пшеничный вчерашней выпечки.

Механическое щажение предусматривает уменьшение объема пищи на каждый прием, измельчение или протирание ее до кашицеобразной консистенции, ограничение содержания клетчатки, а также тепловую обработку, осуществляемую только на пару или путем варки пищи. Кормить больного следует малыми порциями 4–5 раз в сутки.

По мере ликвидации признаков обострения ХГ и перехода к полноценному питанию при секреторной недостаточности из пищевого рациона исключают жирную, жареную, копченую пищу, консервы, черный хлеб, свежие изделия из теста, концентрированные сливки и сметану; в случае нормальной и повышенной секреторной функции запрещают употребление грубой, острой, соленой и сокогонной пищи.

Медикаментозное лечение аутоиммунного ХГ направлено на замещение нарушенных (сниженных) секреторной и моторной функций желудка, компенсацию V_{12} -дефицитной анемии и трофических расстройств. С этой целью используют:

- заместительную терапию при снижении или отсутствии выработки соляной кислоты (соляная кислота, ацидин-пепсин, пепсидил, сугаст-2 и др.);
- стимуляторы моторно-эвакуаторной функции желудка – прокинетики: домперидон (мотилиум), метоклопрамид (церукал);

- ферментные препараты: фестал, мезим форте, панзинорм форте, креон и др.;
- иммуномодуляторы: имунофан, тактивин и др.;
- стимуляторы регенеративных (восстановительных) процессов в слизистой оболочке: метилурацил, ретаболил, неробол и др.;
- витамины В₁, В₂, В₁₂, Р, РР, фолиевую кислоту, комплексы витаминов и микроэлементов – «Олиговит» и др.;
- седативные средства (валериана, пустырник и др.).

Основой лекарственной терапии геликобактерного ХГ является эрадикация (уничтожение) в слизистой желудка бактерий, а также применение средств, уменьшающих образование соляной кислоты и ослабляющих ее повреждающее действие на слизистую оболочку.

Лечение этой формы ХГ предусматривает применение:

- антибактериальных средств: тетрациклин, тинидазол, кларитромицин, амоксициллин и др.;
- антисекреторных препаратов: блокаторов H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин и др.); ингибиторов протонной помпы (омепразол, лансопразол, эзомепразол и др.);
- сочетание антибактериальных, антисекреторных средств и препаратов висмута: тройная терапия – терапия 1-й линии (омепразол, кларитромицин, амоксициллин), квадритерапия – терапия 2-й линии (омепразол, кларитромицин, тинидазол, де-нол) и др.;
- гастропротекторов, обладающих обволакивающими и вяжущими свойствами: де-нол, сукральфат, облепиховое масло и др.;
- антацидов: алмагель, фосфалюгель, маалокс и др.;
- седативных средств (валериана, пустырник и др.);
- витаминов В₁, В₆, аскорбиновой кислоты.

Основная роль в решении проблем пациента – в купировании болевого и диспепсического синдромов – принадлежит диетическому и медикаментозному лечению. Медсестра следит за выполнением пациентом этих лечебных мероприятий, выявляет нарушения диеты и отрицательные действия лекарственных средств и сообщает об этом врачу. Определенное место в ком-

плексном лечении ХГ занимают применение минеральных вод (при секреторной недостаточности – хлоридных и натриевых, при сохраненной и повышенной секреторной функции желудка – гидрокарбонатных), а также фитотерапия, физиотерапия и лечебная физкультура.

Профилактика ХГ и предупреждение его прогрессирования предусматривают соблюдение правил (рационального) питания, общегигиенических мероприятий, исключение вредных привычек, профессиональных вредностей, применение некоторых противовоспалительных лекарственных средств. К профилактическим мероприятиям следует отнести также санацию полости рта, лечение хронических очагов инфекции.

Больные ХГ, особенно с его диффузными атрофическими формами, подлежат диспансеризации, предусматривающей комплексное обследование, в том числе эндоскопическое, и противорецидивное лечение 1–2 раза в течение года.

Рекомендуемая литература

Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии. Практикум. – Ростов-на-Дону, 2002. – 352 с.

Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Хронический гастрит: достижения и проблемы последнего десятилетия // Клин. мед. – 2005; 1: 54–59.

Хазанова А.И. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение / Под ред. А.В. Калинина. – М.: Миклош, 2007. – 600 с.

Циммерман Я.С. Проблема хронического гастрита // Клин. мед. – 2008; 5: 13–21

CHRONIC GASTRITIS

Professor V.N. Petrov, Professor V.A. Lapotnikov

Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education,

Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

The paper provides the causes of chronic gastritis, the principles of its diagnosis and treatment, and components of nursing care in this disease.

Key words: chronic gastritis, etiology, diagnosis, treatment, nursing care.