**Общие сведения**

Андрей Егорович;

.04.1981г., 30 лет;

Военнослужащий (прапорщик), Управление коменданта охраны МО РФ;

Дата поступления в клинику: 18.04.2011

Дата курации: 21.04.2011;

г. Москва, ул. Абрамцевская, д. 9, корп. 1, кв. 119;

Госпитализация по направлению поликлиники

**Жалобы больного при поступлении**

Больной жалуется на:

изжогу, которая появляется периодически, чаще всего через час после еды, усиливается при физической нагрузке, при наклоне тела или в положении лежа. Обычно купируется приемом стакана воды или приемом антацидов (маалокс, альмагель);

отрыжку воздухом/кислым, которая часто усиливается после приема пищи, особенно во второй половине дня, и употребления газированных напитков. Иногда отрыжка сочетается со срыгиванием пищи, особенно при физическом напряжении, наклонах туловища, в положении лежа. Во рту остается кислый привкус.

сильные схваткообразные боли в эпигастральной области после погрешностей в диете или в положении лежа, чаще по ночам, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут, стихают боли после приема антацидных средств, после смены положения тела, уменьшаются после ходьбы, ощущение тяжести в желудке.

**История настоящего заболевания (anamnesis morbi)**

Считает себя больным с 2010 года, когда впервые появились схваткообразные боли в эпигастральной области, изжога и отрыжка. Заболевание связывает с нерегулярным питанием и частыми стрессами на работе. Лечился самостоятельно приемом антацидов (маалокс, фосфалюгель). В период с 17.11.2010 г. по 09.12.2010 г. находился на стационарном обследовании и лечении в филиале №3 ФГУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского МО РФ», где впервые эндоскопически диагностирован хронический гастродуоденит в стадии обострения, по поводу чего проводилось лечение с положительным эффектом. Очередное обострение с 14 апреля 2011 г., когда на фоне погрешностей в диете вновь отметил появление изжоги, интенсивных болей в эпигастральной области, появилось послабление стула, обратился за медицинской помощью по месту службы, диагностировано обострение хронического гастродуоденита, направлен на стационарное лечение в 7ЦВАКГ.

**История жизни (anamnesis vitae)**

Возраст родителей при рождении пациента: отец 35 лет, мать 34 года. Рос и развивался соответственно возрасту, в умственном и физическом развитии не отставал от сверстников. В школу пошел в 6 лет, закончил 10 классов в 16 лет. После школы сразу поступил в военное училище.

Родился в г. Трубчевск. Учебу с работой не совмещал; сразу после окончания военного училища в 22 года, начал работать. Работает по сменному графику. В связи с трудовой деятельностью частые психоэмоциональные напряжения.

Проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен удовлетворительно. Питается не регулярно, иногда однообразно, диету не соблюдает.

Вредные привычки отрицает.

Половое развитие и половая жизнь. Начало половой жизни с 18 лет.

Перенесенные заболевания. В детстве - частые ангины, последний раз в июле 2004 г. В 1983 г. - перелом левой бедренной кости, в 1997 г. - перелом левой малоберцовой кости.

Инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекционные заболевания отрицает. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Семейный анамнез. Наследственность не отягощен

Аллергологический анамнез не отягощен

Эпидемиологический анамнез не отягощен

Страховой полис имеется

**Настоящее состояние (status praesens)**

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Положение активное.

Выражение лица спокойное.

Телосложение правильное. Конституционный тип - нормостенический. Рост 178 см. Вес 86 кг. Температура тела 36.70С.

**Кожа и видимые слизистые оболочки**

Кожа нормальной окраски. Влажность нормальная. Тургор не нарушен. Сыпей, кровоизлияний, расчесов, рубцов, шелушений, язв нет. Тип оволосения - мужской. Форма ногтей нормальная, без трофических изменений. Видимые слизистые обычной окраски, чистые.

**Подкожно-жировая клетчатка**

Умеренная степень развития, равномерное распределение. Отеков нет.

**Лимфатические узлы**

Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

**Мышцы**

Безболезненны

Общее развитие хорошее. Тонус нормальный

**Кости**

Кости без патологических изменений, деформаций, укорочений, искривлений нет.

**Суставы**

Суставы обычной формы и величины, изменений кожи над ними нет. Температура на ощупь кожных покровов над суставами не изменена. При пальпации безболезненны. Движения в суставах активные, в полном объеме, безболезненные.

**Система органов дыхания**

Осмотр носа:

Нос не деформирован

Осмотр шеи:

Гортань при пальпации безболезненна. Щитовидная железа не увеличена, обычной формы и консистенции, поверхность железы гладкая, безболезненна при пальпации.

**Осмотр грудной клетки:**

Грудная клетка нормостеническая, не деформирована. Обе половины равномерно участвуют в дыхании. Частота дыхания 14 в минуту. Дыхание ритмичное, жесткое. Экскурсия грудной клетки-8 см.

Пальпация грудной клетки:

При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная, голосовое дрожание проводится во все отделы грудной клетки.

Сравнительная перкуссия легких:

При сравнительной перкуссии легких над поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук во всех отделах грудной клетки.

Топографическая перкуссия легких:

Спереди обе верхушки легких выстоят над ключицами на 2 см, сзади они располагаются на уровне остистого отростка VII-го шейного позвонка.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | V межреберье | \_\_\_ |
| Срединно-ключичная | VI ребро | \_\_\_ |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Аускультация:

Аускультативно дыхание везикулярное во всех отделах грудной клетки. Хрипов нет. Бронхофония одинаковая с обеих сторон, не изменена.

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр сердечной области:

При осмотре области сердца “сердечного горба”. Верхушечнй толчок пальпируется в V межреберье на 1см кнутри от левой среднеключичной линии).

Осмотр сосудов шеи:

Видимой пульсации нет. Набухания шейных вен, «пляски каротид» нет.

Пальпация:

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, умеренной силы.

Симптом «кошачьего мурлыканья» не определяется.

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Граница | Местонахождение |
| Правая | IV межреберье на 2 см кнаружи от грудины |
| Верхняя | На уровне III межреберья слева |
| Левая | На 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье |

Границы абсолютной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | По левому краю грудины в IV межреберье |
| Левая | На 2 см кнутри от левой границы относительно тупости |
| Верхняя | На уровне IV ребра у левого края грудины |

Сосудистый пучок 8 см.

Аускультация сердца:

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в ударов в минуту. Дополнительные шумы не прослушиваются.

Исследование периферических сосудов:

Пульсация сонных, подключичных, лучевых, тыльных артерий стоп хорошо пальпируется.

Осмотр и пальпация вен:

Вены на грудной и брюшной стенке, ногах не расширены, безболезненны.

Артериальное давление:

На правой руке 120/80 мм. рт. ст.,

на левой руке 120/70мм. рт. ст.

**Система органов пищеварения**

Запах изо рта:

Запаха изо рта нет.

Слизистая губ:

Розовые, влажные, без высыпаний, изъязвлений углов рта, трещин. Мягкое и твердое неба без налета.

Слизистая внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета.

Десны:

Десны бледно-розовой окраски, разрыхленности, язв, участков некроза, геморрагий и болезненности нет.

Язык:

Бледно-розового цвета, влажный, без налета, не воспален, сосочки не изменены, трещин, язв и кровоизлияний нет.

Зев:

Зев бледно-розового цвета, не отечен, нормальной влажности.

Миндалины:

Не выступают из-за небных душек, однородные, с чистой поверхностью, бедно-розового цвета.

Осмотр живота:

Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Видимой перистальтики желудка и кишечника нет.

Перкуссия живота:

Наличие жидкости и метеоризм не определяются. Симптом Менделя отрицательный.

Поверхностная ориентировочная пальпация:

Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско:

Все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании - эластичные, безболезненные, расположены правильно.

Печень:

Границы абсолютной тупости:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Верхняя граница | Нижняя граница |
| Правая срединно-ключичная | Уровень VI ребра | Нижний край реберной дуги |
| Правая передняя подмыщечная | Уровень VII ребра | X ребро |
| Правая около-грудинная | Верхний край IV ребра | На 2 см нижнего края реберной дуги |
| Передняя срединная |  | На 5 см от нижнего края мечевидного отростка |

По Курлову

|  |  |
| --- | --- |
| Правая срединно-ключичная | 11 см |
| Передняя срединная | 10 см |
| Левая реберная дуга | 8 см |

При пальпации печени на высоте вдоха пальпируется нижний край печени - закругленный, плотноэластической консистенции, гладкий, безболезненный.

Желчный пузырь:

Не пальпируется. Симптомы Ортнера, Мюсси, Курвуазье - отрицательные.

Селезенка:

Селезенка не пальпируется ни в положении на спине, ни в положении на правом боку.

**Мочеполовая система**

При осмотре поясничной области сглаживания контуров, выбухания, гиперемии кожи и припухлости нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

**Нервная система и органы чувств**

Сознание ясное. Интеллект сохранен. Речь внятная. Больной правильно отвечает на вопросы. Память сохранена. Сон не нарушен. Чувствительность не изменена. Болезненности по ходу нервных стволов нет. Походка не изменена. Рефлексы сохранены, патологических рефлексов нет. Реакция зрачков на свет живая.

**Дополнительные методы исследования:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры | Данные анализа | Норма |
| Эритроциты | 4,78 млн/мкл | 3,4-5,1 млн/мкл |
| Гемоглобин | 139 г/л | 120-160 г/л |
| Цветной показатель | 1.03 | 0,85-1,05 |
| Лейкоциты | 5,63 \* 10/л | 3,2 - 10,2 \* 10/л |
| Эозинофилы | 1,6% | 0- 5% |
| Нейтрофилы: палочкоядерные сегментоядерные |  8% 61% |  1-6% 42-72% |
| Лимфоциты | 42,4% | 19-37% |
| Моноциты | 1,6% | 3-11% |
| СОЭ | 10 мм/час | 2-10 мм/час |

**Общий анализ крови, 21.04.2011 г.:**

Биохимический анализ крови, 21.04.2011 г.:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Белок | 76,29 г/л | 64-83 г/л |
| АСТ | 23 Ед/л | до 41 Ед/л |
| АЛТ | 19 ммоль/л | до 41 Ед/л |
| Щелочная фосфатаза | 89 ммоль/л | до 270 Ед/л |
| Креатинин | 105,2 мммоль/л | 190 Ед/л |
| Билирубин общий | 6.37 мкмоль/л | 3,4 - 17,1 мкмоль/л |
| Холестерин | 3.8 ммоль/л | 3,0-6,0 ммоль/л |
| Тимоловая проба | 3 Ед | 0-5 Ед |
| Глюкоза | 5.54 ммоль/л | 3,89 - 5,83 ммоль/л |
| Мочевина | 5.80 ммоль/л | 2,5-6,4 ммоль/л. |

этиология гастродоуденит диагноз лечение

Иммунологическое исследование крови 21.04.2011 г.:

|  |  |
| --- | --- |
| Тиротропин (ТТГ) | 0,3-0, 4 мкМЕ/мл |
| Тироксин свободный (св. Т4) | 10,0-24,5 нмоль/л |
| Антитела к ТПО | До 30 МЕ/мл |
| Антитела к ТГ | До 65 МЕ/мл |

Коагулологическое исследование плазмы, 21.04.2011 г.:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПИ | 103% | 90 - 105% |
| П/о | - | 0,9 - 1,1 |
| МНО |  | 0,85 -1,15 |
| Фибриноген | 9,1 мкмоль | 7,1 - 13,0 мкмоль |
| АЧТВ |  | 24 - 34 сек. |

###### **Общий анализ мочи, 21.04.2011 г.:**

###### цвет: соломенно-жёлтый;

###### прозрачность: прозрачная;

###### белок

###### реакция: кислая;

###### сахар

###### удельный вес: 1,030;

###### Эпителий: отсутствует;

###### слизь:

###### ураты:

###### оксалаты:

**ЭКГ, 18.03.2011 г.:**

ЧСС 78 уд/мин, синусовый ритм

Зубец Р - 0.10 (норма - 0.10 и менее)

Интревал PQ - 0.15 (норма - 0.12 - 0.20)

Комплекс QRS - 0.10 (норма - 0.08 - 0.10)

Интервал QТ - 0.34 (норма - до 0.42)

синусовый ритм

нормальное положение ЭОС

**Анализ кала, 22.03.2011 г.:**

(на яйца гельминтов, скрытую кровь)

Яйца глистов не обнаружено

**УЗИ органов брюшной полости, 22.04.2011 г.:**

Печень не увеличена, с четкими ровными контурами, обычной эхогенности, однородной эхоструктуры. Сосудистый рисунок не изменен.

Желчный пузырь обычных размеров, формы и положения, стенки его не изменены, содержимое гомогенно. Холедох не расширен. Поджелудочная железа в размерах не увеличена, с четкими ровными контурами, нормальной эхогенности, однородной эхоструктуры. Селезеночная вена не расширена.

Почки обычной формы и положения, подвижны. Полостная система обеих почек не расширена, неоднородна. Конкременты не определяются. Надпочечники не лоцируются, в их проекции дополнительных образований не обнаружено.

Селезенка в размерах не изменена, с четкими ровными контурами, нормальной эхогенности, однородной эхоструктуры.

Мочевой пузырь не наполнен

Щитовидная железа не увеличена, с четкими ровными контурами, обычной эхогенности и эхоструктуры.

**Эзофагогастродуоденоскопия, 22.04.2011 г.:**

Слизистая пищевода розовая, розетка кардии смыкается хорошо, зубчатая линия не смещена. В желудке красноватая слизистая с равномерно и умеренно извитыми и отечными складками. Активная перистальтика и правильное формирование выходного отдела желудка. Луковица 12перстной кишки правильной формы, слизистая ее и нисходящего отдела 12перстной кишки отечна и равномерно гиперемирована. В луковице 12перстной кишки - мелкие острые белесоватые эрозии. Фателярная зона не изменена. Большой дуоденальный сосочек холмовидной формы. Устье его расположено центрально. Желчь в просвет кишки не поступала.

**Дифференциальный диагноз**

Хронический гастродуоденит следует дифференцировать, прежде всего, с язвенной болезнью и функциональными расстройствами желудка. Диагноз основывается на эндоскопических и гистологических данных.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Предварительный диагноз: хронический гастродуоденит, обострение.

Учитывая:

жалобы больного на: изжогу, которая появляется периодически, чаще всего через час после еды, усиливается при физической нагрузке, при наклоне тела или в положении лежа. Обычно купируется приемом стакана воды или приемом антацидов (маалокс, альмагель); отрыжку воздухом/кислым, которая часто усиливается после приема пищи, особенно во второй половине дня, и употребления газированных напитков. Иногда отрыжка сочетается со срыгиванием пищи, особенно при физическом напряжении, наклонах туловища, в положении лежа, во рту остается кислый привкус; сильные схваткообразные боли в эпигастральной области после погрешностей в диете или в положении лежа, чаще по ночам, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут, стихают боли после приема антацидных средств, после смены положения тела, уменьшаются после ходьбы, ощущение тяжести в желудке.

данные анамнеза заболевания: в октябре 2010 г., появились сильные схваткообразные ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут; отрыжку кислым, изжогу (в основном, после еды и в положении лёжа),

данные анамнеза жизни:

условия работы предрасполагали к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта, так как больной, в связи с характером выполняемой работы, получал нерегулярное питание;

данные объективного обследования: при поверхностной пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области; можно поставить диагноз:

Хронический гастродуоденит, обострение.

**Диагноз (синдромный) и его обоснование**

Хронический гастродуоденит, обострение.

На основании жалоб на:

изжогу, которая появляется периодически, чаще всего через час после еды, усиливается при физической нагрузке, при наклоне тела или в положении лежа. Обычно купируется приемом стакана воды или приемом антацидов (маалокс, альмагель);

отрыжку воздухом/кислым, которая часто усиливается после приема пищи, особенно во второй половине дня, и употребления газированных напитков. Иногда отрыжка сочетается со срыгиванием пищи, особенно при физическом напряжении, наклонах туловища, в положении лежа. Во рту остается кислый привкус.

сильные схваткообразные боли в эпигастральной области после погрешностей в диете или в положении лежа, чаще по ночам, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут, стихают боли после приема антацидных средств, после смены положения тела, уменьшаются после ходьбы, ощущение тяжести в желудке.

На основании данных лабораторных и инструментальных методов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры | Данные анализа | Норма |
| Эритроциты | 4,78 млн/мкл | 3,4-5,1 млн/мкл |
| Гемоглобин | 139 г/л | 120-160 г/л |
| Цветной показатель | 1.03 | 0,85-1,05 |
| Лейкоциты | 5,63 \* 10/л | 3,2 - 10,2 \* 10/л |
| Эозинофилы | 1,6% | 0- 5% |
| Нейтрофилы: палочкоядерные сегментоядерные |  8% 61% |  1-6% 42-72% |
| Лимфоциты | 42,4% | 19-37% |
| Моноциты | 1,6% | 3-11% |
| СОЭ | 10 мм/час | 2-10 мм/час |

**Заключение: Хронический гастродуоденит**

**Этиология и патогенез данного заболевания**

Среди этиологически значимых факторов, способствующих развитию патологии гастродуоденальной зоны, трудно выделить главенствующие. Одни и те же причины могут выступать как в роли разрешающих, так и предрасполагающих факторов в различных ситуациях. Это находит свое отражение в особенностях клинической картины, характера течения болезни, ее длительности.

Ведущие этиологические факторы условно можно разделить на экзогенные, эндогенные и наследственно-конституциональные.

К зкзогенным факторам относят: диетологические погрешности, психотравмирующие и стрессорные ситуации, прием некоторых лекарственных препаратов и др.

Длительные нарушения режима и качества питания (редкие или частые приемы пищи, неравномерные интервалы между ними, неполноценное питание), употребление продуктов, механически и химически раздражающих гастродуоденальную слизистую оболочку, еда всухомятку, плохое разжевывание пищи не редкость у современных детей. Примесь в продуктах питания химических веществ, употребление рафинированных продуктов, обладающих низкой буферной емкостью, уменьшают способность связывания избытка НСl в желудке, усиливая, тем самым, ее повреждающее действие на слизистую оболочку желудка.

Большое значение придается недостатку в пище веществ, необходимых для физиологической регенерации и восстановления "железистого аппарата" слизистая оболочка желудка - железа, витаминов, микроэлементов, белка.

Длительный или беспорядочный прием медикаментов (салицилатов, сульфаниламидов, антибиотиков, глюкокортикоидов) также приводит к выраженным структурным изменениям слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Неблагоприятная экологическая обстановка способствует тому, что органы ЖКТ часто оказываются центральным органом-мишенью и вовлекаются в патологический процесс. Эпидемиологические исследования, проведенные в экологически неблагоприятных районах, показали, что частота выявления гастродуоденальной патологии в 3 раза превышает таковую в "спокойных" регионах.

Нервно-психические перегрузки, психотравмирующие ситуации приводят к нейросоматическим нарушениям в системе целостного организма и развитию болезни.

Среди эндогенных факторов наибольшее значение придается нервно-рефлекторным воздействиям на желудок и ДПК со стороны других пораженных органов пищеварения: желчного пузыря и печени, поджелудочной железы и кишечника. Их патологическое влияние реализуется рефлекторно через нервную и эндокринную системы (по принципу обратной связи). Нарушается регуляция гастродуоденальной системы, возникает дисбаланс нейропептидов APUD-системы и дискоординация секреторной, двигательной функций желудка и 12перстной кишки.

Большое значение придается аллергическим, токсико-метаболическим, нервно-дистрофическим нарушениям.

Среди факторов риска развития хронического гастродуоденита большое значение имеют перенесенные и сопутствующие инфекционные и глистно-паразитарные заболевания.

Последние двадцать лет в гастроэнтерологии проходят под знаком **Helicobacter pylori**-инфекции. Значимость этого инфекционного фактора признается большинством врачей.pylori человека представляет изогнутую, чаще S-образную бактерию длиной 2,5-5 мкм и шириной 0,1-1 мкм с закругленными концами, имеющую плотную и гладкую оболочку. На одном конце бактериальной клетки располагаются 4-6 жгутиков длиной 10 мкм. В неактивной форме бактерии представлены в виде кокков. В настоящее время уже описано около 40 серотипов Helicobacter pylori, имеющих различную чувствительность к антибактериальным препаратам и различные зоны преимущественного обитания. Основные места обитания Helicobacter pylori - слизистая оболочка антрального отдела желудка и метаплазированный пилорический эпителий в ДПК. Этим обьясняется развитие у инфицированных антрум-гастрита и бульбита. В то же время Helicobacter pylori может обнаруживаться и в других отделах желудка, включая кардию, что приводит к появлению диффузного гастрита.

Возможно носительство Helicobacter pylori и у практически здоровых людей, что, вероятно, связано с заселением слизистой оболочки желудка слабовирулентными штаммами или уменьшением количества рецепторов на его поверхности, способствующих адгезии микроорганизма.

**Патогенез** хронического гастродуоденита многогранен. Возникновение заболевания может рассматриваться как срыв компенсаторно-приспособительных механизмов организма, как результат нарушения равновесия факторов агрессии и защиты слизистой оболочки желудка и 12перстной кишки (подробнее об этом сказано в разделе, посвященном язвенной болезни). В происхождении хронического гастродуоденита решающее значение имеет нарушение гипоталамо-гипофизарно-гастродуоденальной оси. Взаимосвязь нервной системы и ЖКТ объяснима с учетом как нейрорефлекгорных, так и гормональных влияний, так как многие гормоны мозга идентичны гастроинтестинальным гормонам, оказывающим широкий спектр действия на различные функции желудка и 12перстной кишки.

Патогенетическая роль при гастродуоденальной патологии обьясняется повреждающим действием бактерий на слизистую оболочку желудка. Внедряясь в слой слизи, Helicobacter pylori прикрепляется к эпителиальным клеткам, проникает в крипты и железы желудка, разрушая защитный слой слизистой оболочки желудка и обеспечивая доступ желудочного сока к тканям. В результате внедрения Helicobacter pylori возникает воспалительный процесс собственной пластинки слизистой облочки. Это, в свою очередь, приводит к несостоятельности слизисто-бикарбонатного барьера, что даже при нормальной кислотности создает условия для повреждения эпителия слизистой оболочки на фоне угнетения репаративных процессов. В то же время уреаза, вырабатываемая микроорганизмом, создает вокруг самых бактерий защитный слой, что тормозит фагоцитоз.pylori , обитающие на поверхности слизистой оболочки, с помощью уреазы расщепляют мочевину, в результате чего образуются аммиак и СО2, которые не только нейтрализуют соляную кислоту, но и могут непосредственно воздействовать на рецепторный аппарат G-клеток. В результате этого нарушается механизм отрицательной обратной связи и стимулируется секреция гастрина. Гипергастринемия, в свою очередь, ведет к гиперсекреции соляной кислоты. Из этого следует, что с хеликобактерным гастритом связано не только ослабление защитных механизмов слизистой оболочки, но и усиление "агрессивных" свойств желудочного сока. Таким образом, приведенные выше данные демонстрируют, что хронический гастродуоденит - это мультифакториальное заболевание со сложным патогенезом.

**Лечение хронического гастродуоденита**

В лечении обострения хронического гастродуоденита важное место занимает диета. Пища должна быть механически, химически и термически щадящей. Рекомендуется регулярный ее прием, желательно в одно и то же время, не реже 4-5 раз в день. Питание должно быть полноценным, содержать достаточное количество белка, витаминов, микроэлементов. Исключают грубую клетчатку, блюда из баранины и свинины, жареное, грибы, свежую выпечку и черный хлеб, кофе, шоколад, крепкий чай, газированные напитки, жевательную резинку. При повышенной секреторной функции желудка не рекомендуют также наваристые бульоны, кислые соки и фрукты, широко используют молоко и молочные продукты, разваренные каши (диета №1). При пониженной секреторной функции можно использовать наваристые бульоны и супы, овощные салаты, показаны кислые соки, кисломолочные продукты (диета №2).

Медикаментозная терапия в период обострения направлена на коррекцию секреторных нарушений, эрадикацию Нр, улучшение обменных процессов в слизистой оболочке, ликвидацию дисмоторики, нормализацию нейровегетативного статуса.

**Коррекция желудочной гиперсекреции**

1. Невсасывающиеся антациды, которые нейтрализуют соляную кислоту, адсорбируют пепсины и желчные кислоты: альмагель, гелюсил-лак, гастал, магальдрат и т. д. Препарат в виде геля (1 дозировочная ложка) или размельченной таблетки (можно сосать) принимают 3-4 раза в день через час после еды и на ночь, курс составляет 3-4 нед.

. Более мощным антисекреторным действием обладают Н2-гистаминоблокатры (ранитидин, фамотидин, низатидин, роксатидин), которые принимают 1-2 раза в день (утром и на ночь) по -1 таблетке в течение 1-2 нед.

. Самое сильное антисекреторное воздействие имеют ингибиторы кислотного насоса Н+К+АТФазы) - омепразол, пантопразол, ланцепразол. Эти препараты принимают однократно в день (утром или на ночь) в течение 2 нед.

. При повышении преимущественно базальной желудочной секреции показано назначение холинолитиков, предпочтительно - селективных, действующих только на М1-холинорецепторы ЖКТ - гастроцепин, телензепин, по -1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды 2-3 нед.

Антихеликобактериозная терапия. Мировой опыт лечения хеликобактериоза показал неэффективность монотерапии, поэтому в настоящее время для эрадикации Нр используют двойные, тройные и четверные схемы терапии.

. Тройная схема: включает коллоидный субцитрат висмута (КСВ) в виде де-нола, трибимола или вентрисола по 1 табл. (120 мг) 3-4 раза в день за 30 мин до еды + антибиотик (АБ): амоксициллин из расчета 50 мг/кг в сутки в 3 дозах или кларитромицин 15мг/кг или сумамед 10 мг/кг в сутки (затем 5 мг/кг) + метронидазол (трихопол) из расчета 15 мг/кг в сутки в 3 приема после еды. Продолжительность курса 2 нед. Эта схема предпочтительна при Нр-ассоциированных гастродуоденитах с нормальной секреторной функцией.

. Двойная схема: включает блокатор Н+К+АТФазы (омепразол, ланцепразол, пантопразол) однократно на ночь из расчета 1-2 мг/кг, обычно по 1 капс. + антибиотик (АБ): амоксициллин, кларитромицин или сумамед. Продолжительность курса 2 нед. Схема показана при Нр-ассоциированных гастродуоденитах с повышенной секреторной функцией, дает меньше побочных реакций, чем тройная схема, так как не содержит трихопол.

. Четверная схема: включает омепразол + КСВ + АБ + трихопол в указанных выше дозах, особенность этой схемы - меньшая продолжительность курса - 7 дней, в силу чего она дает меньше побочных реакций. Схема показана при эрозивных Нр-ассоциированных гастродуоденитах с повышенной секреторной функцией. По Маастрихтскому соглашению (1996) для ирадикации хелинобактериоза рекомендуют семидневный курс сочетания пилорида (ранитидин-висмут цитрат), кларитромицина и метронидазола.

**Коррекция моторных нарушений.** Болевой синдром при обострении гастродуоденита часто обусловлен сопутствующим спазмом и усиленной перистальтикой желудка. На этом фоне показано назначение спазмалитиков гладкой мускулатуры (но-шпа, папаверин, галидор) по -1 таблетке 3 раза в день, холинолитиков с преимущественным спазмолитическим действием (платифиллин, бускопан, метацин, беллоид) по -1 таблетке 3 раз до еды.

При наличии патологических рефлюксов (дуодено-гастрального, гастро-эзофагального) показаны прокинетики: церукал, мотилиум по 1 мг/кг в сутки в 3 приема за 30 мин до еды; цизаприд/препульсид, координакс (0,4-0,5 мг/кг в сутки за 30 мин до еды). Курс 10-14 дней.

**Улучшение обменных процессов в слизистой оболочке.** При наличии атрофических изменений, особенно в области главных желудочных желез, показано назначение витаминов В1, В2, В3, В5, В6, В12, фолиевой кислоты, А и Е. Обычно назначают поливитаминные комплексы с микроэлементами (юникап, супрадин, олиговит, компливит и т. д.). Показаны мембраностабилизирующие препараты: эссенциале-форте, липостабил по 1 капсуле 3 раза после еды; биостимуляторы обменных процессов: карнитина хлорид 20% по 20-40 кап. 3 раза, милдронат по 1 табл. 3 раза, бетаин, апилак, 40% раствор прополиса (1 капсула на год жизни 2-3 раза в день до еды в молоке), мумие (0,2 г в молоке 2 раза в день). Курс лечения обычно длится около месяца.

В период субремиссии и ремиссии хронического гастродуоденита может проводиться фитотерапия, при этом формируются сборы из противовоспалительных (ромашка, зверобой, календула), вяжущих (корень аира, солодки, кора дуба), стимулирующих (плоды шиповника, трава тысячелистника, листья подорожника) трав, заваривают 1: 10, пьют по - стакана за 15-20 мин до еды 3 раза в день на протяжении 3-4 нед.

Физиотерапия является дополнительным методом лечения хронического гастродуоденита, выбор ее зависит от стадии заболевания. В период обострения показаны: электрофорез с платифиллином или новокаином на эпигастрий, электрофорез с кальцием или бромом на воротниковую область, электросон, трансаир. В период субремиссии показаны СМВ и ДМВ, УЗ на эпигастрий, лазеротерапия на максимально болезненную зону. В период ремиссии назначают глубокие прогревания парафином, озокеритом, грязи на эпигастральную область.

Санаторно-курортное лечение проводится в местных бальнеологических санаториях или на курортах Кавказских Минеральных Вод. Рекомендуются минеральные воды слабой минерализации: славяновская, ¦смирновская, ¦ессентуки № 4, ¦арзни¦ и т. д. из расчета 3 мл/кг 3 раза в день, при повышенной секреторной функции - за 1-1,5 час до еды в теплом виде, при пониженной секреторной функции - за 15-20 мин до еды, при нормальной секреции вода комнатной температуры - за 45 мин до еды. Курс лечения 3-4 нед. Назначают также минеральные ванны (серные, радоновые, углекислые), грязи на эпигастральную область, ЛФК.

**План ведения больного и лечение:**

Общий анализ крови;

Биохимический анализ крови;

Коагулологическое исследование плазмы;

Анализ кала на гельминтов и скрытую кровь;

Общий анализ мочи;

ЭКГ;

УЗИ органов брюшной полости;

Эзофагогастродуоденоскопия.

**Лечение:**

Диета № 1

Tab. Омез, 20мг, по 1 т. 2 раза в день

Омез относится к группе противоязвенных средств. Действие препарата начинается в течение часа в тонкой кишке, затем активное вещество накапливается в париетальных клетках. Лекарственное средство подавляет выделение соляной кислоты в желудке. Эффект препарата наступает спустя 1,5-2 часа. Большая часть омепразола связывается с белками плазмы крови. Это вещество быстро всасывается и выводится с мочой и калом.

Tab. Мотилиум, 10мг, по 1 т. 3 раза в день за 20 - 30минут до еды

Противорвотный препарат, стимулятор моторики ЖКТ. Домперидон - антагонист допамина, обладающий, аналогично метоклопрамиду и некоторым нейролептикам, противорвотными свойствами. Однако в отличие от этих препаратов домперидон плохо проникает через ГЭБ. Применение домперидона редко сопровождается экстрапирамидными побочными эффектами, особенно у взрослых, но домперидон стимулирует выделение пролактина из гипофиза. Противорвотное действие, возможно, обусловлено сочетанием периферического (гастрокинетического) действия и антагонизма к рецепторам допамина в триггерной зоне хеморецепторов.

При приеме внутрь домперидон увеличивает продолжительность антральных и дуоденальных сокращений, ускоряет опорожнение желудка - выход жидких и полутвердых фракций у здоровых людей и твердых фракций у больных, в случае, когда этот процесс был замедлен, и повышает давление сфинктера нижнего отдела пищевода у здоровых людей.

Домперидон не оказывает действия на желудочную секрецию.

Susp. Альмагель, по 30мл 3 - 4раза в день через 1,5 - 2 часа после еды

Антацидное, обволакивающее, адсорбирующее.

Алмагель нейтрализует соляную кислоту и уменьшает активность пепсина, желудочного сока, предохраняет слизистую оболочку ЖКТ от повреждающих воздействий.

Суспензия Алмагель равномерно распределяется по слизистой оболочке желудка и обеспечивает продолжительную гастропротекцию. Обладает буферно-антацидными свойствами: между приемами pH желудочного сока сохраняется от 4-4,5 до 3,5-3,8. Сорбит оказывает желчегонное и легкое послабляющее действие. Терапевтический эффект проявляется через 3-5 мин и продолжается 70 мин.

**Используемая литература**

1. Внутренние болезни, учебник в 2т. под ред. А.И. Мартынова, «ГЭОТАР-МЕД» 2001г.;

2. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения.Москва. - «Издательство Бином» - 2005.

. Ресурсы Интернета.