

Тема: "Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (эзофагит, острый и хронический гастрит)".

Эзофагит - Эзофагит одно из самых распространенных заболеваний пищевода. Мужчины и женщины болеют одинаково часто. Эзофагит, как правило, является вторичным заболеванием. Им могут осложняться другие болезни пищевода (ахалазия кардии, злокачественные новообразования) и нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистит, панкреатит и др.). Воспаление слизистой пищевода может развиваться при некоторых инфекционных заболеваниях (дифтерия, скарлатина, вирусные инфекции, сепсис и др.).

- Различают острые, подострые и хронические эзофагиты.

Этиология.

Острые эзофагиты возникают вследствие раздражения слизистой оболочки пищевода горячей пищей и питьем, химическими веществами (йод, крепкие кислоты, щелочи)-коррозивные эзофагиты, при острых инфекционных заболеваниях (скарлатина, дифтерия, сепсис и др.), сопровождаются острыми фарингитами, гастритами.

Подострые и хронические эзофагиты возникают вследствие повторного действия на слизистую оболочку раздражителей: слишком горячей, грубой и острой пищи, крепких алкогольных напитков, некоторых производственных токсических веществ, находящихся в воздухе (или в виде пыли), заглатываемых и попадающих в пищевод и т. д.

Хронические эзофагиты нередко сопровождаются хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки и желудка, в ряде случаев могут наблюдаться при хронических инфекционных заболеваниях-туберкулезе, сифилисе.

Застойные эзофагиты возникают при застое и разложении в пищеводе пищи у больных со стенозами пищевода, ахалазией кардии. Самой частой причиной подострого и хронического эзофагита является заброс желудочного сока в пищевод вследствие недостаточности кардии - так называемый рефлюкс-эзофагит или пептический эзофагит, который наблюдается при аксиальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, после операций, сопровождающихся резекцией или повреждением кардиального сфинктера, при системной склеродермии - вследствие атрофии гладких мышц зоны кардии. При язвенной болезни, холелитиазе может иметь место относительная, т. е. функциональная, недостаточность кардии вследствие спастического сокращения привратника и гипертонуса желудка, повышения внутрижелудочного давления. Недостаточность кардии и рефлюкс-эзофагит наблюдаются также при беременности, больших опухолях брюшной полости вследствие значительного повышения внутрибрюшного давления.

Патогенез: непосредственное раздражающее химическое, термическое, токсическое или пептическое (при недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагите) воздействие на слизистую оболочку пищевода, в редких случаях - бактериальное, токсическое или токсико-аллергическое поражение.

Симптомы, течение.

Острый катаральный эзофагит проявляется болью при глотании, ощущением саднения за грудиной, иногда дисфагией. При геморрагическом эзофагите может быть кровавая рвота и мелена. При псевдомембранозном эзофагите (чаще он наблюдается при дифтерии, скарлатине) в рвотных массах обнаруживаются пленки фибрина. Абсцесс и флегмона пищевода протекают с картиной септической интоксикации.

Подострые и хронические эзофагиты проявляются изжогой, чувством жжения, саднения за грудиной, в редких случаях-болью, дисфагией. При рефлюкс-эзофагите основными симптомами являются изжога и срыгивание, усиливающиеся при наклоне туловища и в горизонтальном положении больного. Нередко наблюдается загрудинная боль при глотании, иногда она напоминает коронарную.

Рентгенологическое исследование при рефлюкс-эзофагите позволяет выявить грыжу

пищеводного отверстия диафрагмы и наблюдать желудочно-пищеводный рефлюкс. Эзофагоскопия позволяет оценить степень эзофагита, его распространенность, характер.

Осложнения: при флегмоне и абсцессе пищевода может возникнуть перфорация его стенки, медиастинит или перитонит. При геморрагическом и эрозивном эзофагите возможны пищеводные кровотечения. Тяжелые острые и хронические эзофагиты могут привести к стриктуре и рубцовому укорочению пищевода; последнее способствует образованию или увеличению имеющейся аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Лечение

Принципы лечения эзофагитов:

1. Устранение основного, вызывающего эзофагит заболевания-
2. Обеспечение наименьшей нагрузки на пораженный орган.
3. Антибактериальная терапия.
4. Применение местных анестезирующих средств.
5. Назначение репарантов.
6. Коррекция эзофагеальных дискинезий.
7. Лечение осложнений.

Консервативное лечение показано больным с неосложненным течением заболевания. Оно включает в себя:

Общие рекомендации

- после принятия пищи избегать наклоны вперед и не ложиться в течение 1,5 часов
- спать с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати,
- не носить тесную одежду и тугие пояса,
- ограничить потребление продуктов, агрессивно действующих на слизистую оболочку пищевода (жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые и т.п.),
- отказаться от курения.

Медикаментозная терапия

- Приём антацидов и производных альгиновой кислоты.
- Антисекреторные препараты.
- Прокинетики.

Немедикаментозные методы

Дополнительно к медикаментозному лечению применяют эндоскопическую лазеротерапию, гипербарическую оксигенацию, прямую внутрипищеводную электростимуляции кардии, электрофорез с новокаином на эпигастральную область.

Хирургическое лечение

Показаниями к оперативному лечению являются: безуспешность консервативного лечения, осложнения эзофагита (стриктуры, повторные кровотечения), частые аспирационные пневмонии, пищевод Барретта (из-за опасности малигнизации).

Острый гастрит - острое воспалительное поражение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением секреции и моторики.

Основные факторы риска развития острого гастрита

- нарушение питания (употребление недоброкачественной и трудноперевариваемой пищи);
- недостаток витаминов;
- злоупотребление алкоголем;
- курение;
- длительное нарушение ритма питания;
- пищевые токсикоинфекции;

- заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов в организме (легочная недостаточность, сахарный диабет, нарушение функции почек);
- аллергия к пищевым продуктам;
- раздражающее действие некоторых лекарственных веществ (аспирин, антибиотики и др.);
- ожоги щелочами или кислотами.

Основными симптомами острого гастрита являются:

- чувство полноты и тяжести в эпигастральной области;
- острые диспепсические расстройства (тошнота, рвота), которые возникают спустя 4-12 ч. после погрешности в диете. Рвота обильная, в рвотных массах видны остатки непереваренной пищи;
- появляются жидкие испражнения со зловонным запахом;
- вздутие живота;
- метеоризм;
- схваткообразные боли в животе;
- в тяжелых случаях значительно снижается артериальное давление, появляется бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения;
- при пальпации живота выявляется разлитая болезненность в эпигастральной области; при поносах болезненность отмечается по ходу толстой кишки;
- иногда повышается температура тела;
- язык обложен серым налетом;
- изо рта неприятный запах.

В пользу острого гастрита говорит сочетание остро развившихся диспепсических расстройств, возникших после погрешностей в диете или после приема алкоголя. В самом начале заболевания отмечается увеличение секреции желудка, а затем происходит ее снижение. При гастроскопии выявляются гиперемия слизистой оболочки, слизь, иногда наличие эрозий и кровоизлияний. Полное восстановление слизистой оболочки происходит спустя 12-15 дней от начала заболевания. В большинстве случаев заболевание заканчивается полным выздоровлением, но иногда острый гастрит переходит в хронический. Полному выздоровлению способствует своевременное начало лечения.

Правила ухода за больным острым гастритом

- При развитии острого гастрита необходимо полное воздержание от приема пищи в течение 1-2 дней.
- Назначают обильное теплое питье небольшими порциями (крепкий чай, теплая щелочная минеральная вода).
- Желудок необходимо полностью освободить от остатков пищи, для этого проводят промывание желудка изотоническим раствором хлорида натрия или 0,5% раствором гидрокарбоната натрия (1 чайная ложка питьевой соды на 1 литр воды).
- Если боли в эпигастральной области выражены, то, по назначению врача, следует положить теплую грелку на живот.
- При наличии озноба положить грелку к ногам.
- Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.
- В остром периоде показан постельный режим.
- Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.
- Ограничение физической нагрузки в первые дни болезни.
- Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.
- Необходимо наблюдать за частотой пульса, артериальным давлением, температурой тела, переносимостью пищи, стулом (частота, консистенция).

- Со 2-3-го дня назначают диету № 1А (см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения"): больному дают 6 раз в день небольшими порциями нежирный бульон, слизистый суп, протертую рисовую или манную кашу, кисели, сливки, молоко на ночь.
- На 4-й день больному можно давать мясной или рыбный бульон, отварную курицу, паровые котлеты, картофельное пюре, белый подсушенный хлеб.
- Через 6-8 дней больного переводят на обычное питание.
- Для профилактики развития хронического гастрита больному рекомендуется рациональное питание, избегать злоупотребления спиртными напитками, курением. Одной из разновидностей острого гастрита является коррозивный гастрит, который возникает вследствие попадания в желудок крепких кислот, щелочей, солей тяжелых металлов, этилового спирта. Симптомы болезни зависят от характера яда, степени повреждения слизистой оболочки рта, пищевода и желудка, способности ядовитых веществ всасываться в кровь.

Основные симптомы коррозивного гастрита

- Интенсивные боли в эпигастральной области;
- Жжение в полости рта, глотке, пищеводе;
- Боли и затруднение при глотании;
- Повторная рвота пищей, слизью, иногда кровью;
- Черный стул;
- Гипотония;
- Пятна от ожогов на слизистой оболочке губ, уголках рта, щек, языка, зева, гортани;
- При поражении гортани появляются охриплость голоса, затрудненное дыхание;
- Живот вздут, болезнен.

Угрожающий жизни период болезни продолжается 2-3 дня.

Правила ухода за больным с острым коррозивным гастритом

- Срочная госпитализация в хирургическое отделение или токсикологический центр.
- Промывание желудка большим количеством теплой воды. При поражении щелочами желудок необходимо промыть 0,5-1% раствором уксусной кислоты или водой, в которую добавлено несколько кристаллов лимонной кислоты на 1 л воды.
- Соблюдение постельного режима первые 2-3 дня.
- Контроль за артериальным давлением, пульсом.
- Контроль за характером стула (появление темного стула свидетельствует о примеси крови).
- Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.
- Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.
- Ограничение физической нагрузки в первые дни болезни.
- Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.
- Полное голодание 1-2 дня.
- С 3-го дня назначают лечебное питание: больному дают молоко, сливочное масло кусочками, растительное масло по 200 г. в день, взбитые яичные белки.

Хронический гастрит (ХГ) – это воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка, характеризующийся её перестройкой с прогрессирующей атрофией железистого эпителия, нарушением секреторной и моторной функций желудка.

Эпидемиология ХГ является наиболее распространенным заболеванием внутренних органов. Частота гастритов составляет около 50% всех заболеваний органов пищеварения и 85% заболеваний желудка. Распространенность гастрита увеличивается с возрастом, так что некоторые авторы рассматривают это состояние как сопутствующее старению.

Причины ХГ – полиэтиологическое заболевание. Вероятные причины:

- аутоантитела к обкладочным клеткам (гастрит тела),

- инфицирование слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (НР) и другими (реже) микроорганизмами (вирусом герпеса, цитомегаловирусом, грибковой флорой (антральный гастрит) и т.д.
- повреждающее действие дуоденального содержимого (желчных кислот, лизолецитина) на слизистую желудка при его рефлюксе.

Способствующие факторы

Внешние:

- нарушение режима питания, пища
- курение
- алкоголь

Внутренние:

- сахарный диабет
- ожирение
- подагра
- диффузный токсический зоб
- железодефицитные анемии и т.д.

Патогенез – различают 5 основных типов ХГ: А, В, С (рефлюкс-гастрит) и особые формы, включающие полипозный, лимфоцитарный, гранулематозный, гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие) и др.

1) Гастрит типа А - аутоиммунный атрофический фундальный гастрит, который встречается в несколько раз реже, чем гастрит типа В.

Гастрит типа А характеризуется прогрессирующей атрофией желез, ахлоргидрией, образованием антипариетальных антител и развитием В12-дефицитной анемии. ХГ типа А выявляется у ближайших родственников, у лиц с наследственно измененным иммунным фоном. Он иногда сочетается с аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом, витилиго.

2) Гастрит типа В – антральный гастрит, ассоциированный с НР (*Helicobacter pylori*)- (бактериальный гастрит).

***Helicobacter pylori* (НР)** - микроаэрофильная, грамотрицательная бактерия, открыта 15 лет назад австралийскими учеными Б. Маршалл и Д. Уоррен. Описано 9 видов и 2 штамма.

Сегодня доказана роль НР в патогенезе острого и хронического гастритов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и даже рака желудка.

НР - это наиболее часто встречающаяся хроническая инфекция человека, причем у многих длительно протекает бессимптомно. Человек в этом случае выступает в качестве естественного резервуара инфекции, передавая ее окружающим лицам фекально-оральным путем.

Большинство людей инфицируются НР в раннем возрасте через поцелуи родителей, родственников, через грязные руки. У взрослых инфицирование происходит через плохо обработанные эндоскопы и зонды. Инфекция может распространяться через источники водоснабжения, поскольку НР удалось культивировать из кала, слюны, налета на зубах инфицированных лиц.

НР защищает себя от кислого желудочного сока с помощью уреазы – фермента, расщепляющего мочевины. Ионы аммония окружают бактерию, создавая щелочное облако и, тем самым, нейтрализуя ионы водорода. НР обитает в антральном отделе желудка, т.к. только здесь имеются рецепторы адгезии (прилипания) для этой бактерии. Повреждение слизистой оболочки желудка происходит как непосредственно НР за счет аммиака, мощных протеаз и цитотоксинов, так и опосредованно в результате ответа иммунных факторов защиты и образования БАВ.

3) Гастрит типа С – это рефлюкс-гастрит, возникновению которого способствует дуодено-гастральный рефлюкс.

При дуодено-гастральном рефлюксе заброс желчи стимулирует выделение гастрина, увеличивается количество клеток продуцирующих гастрин в области антрума. Желчные

кислоты в присутствии панкреатического сока и соляной кислоты нарушают защитные свойства слизистой барьера желудка, происходит ее повреждение. Истинный рефлюкс-гастрит развивается после операций на желудке.

Классификация:

1. Аутоиммунный фундальный гастрит или гастрит типа А.
2. Ассоциированный с НР (бактериальный) антральный гастрит или ХГ типа В.
3. Химически обусловленный или ХГ типа С (рефлюкс-гастрит).
4. Смешанный гастрит или ХГ типа А+В.
5. Особые формы ХГ:
 - Антральный ригидный гастрит
 - Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие)
 - Эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный гастриты.

Клиническая картина

1. ХГ типа А встречается преимущественно в среднем и пожилом возрасте, а ХГ типа В чаще в молодом возрасте (до 80% больных ХГ).
2. Клинические проявления необязательны и неспецифичны. При ХГ типа А могут быть признаки “вялого желудка”, а при типе В – “раздраженного желудка”, причем нередко характер и ритм болевых ощущений не отличается от таковых при язвенной болезни. Эту форму ХГ рассматривают как предъязвенное состояние. Она диагностируется в большинстве случаев антральных и дуоденальных язв при язвенной болезни.
3. У части пациентов выражены симптомы кишечной диспепсии:
 - метеоризм,
 - урчание и переливание в животе,
 - поносы, запоры, неустойчивый стул и астеноневротический синдром.
4. При ХГ типа А (в тяжелых случаях) могут наблюдаться признаки В12-дефицитной анемии: бледность кожи, глоссит, неврологические нарушения и т. д.
5. При пальпации живота в фазу обострения определяется нерезкая разлитая болезненность в подложечной области при ХГ типа А или локальная болезненность в правой половине эпигастрия в зоне проекции привратника при ХГ типа В.

6. Особые формы гастрита

А) Антральный ригидный (склерозирующий) гастрит. Синдромы стеноза привратника из-за деформации и сужения антрума.

Б) Болезнь Менетрие (гигантский гипертрофический гастрит). Гигантские извитые складки слизистой желудка, нередко с множественными эрозиями и обильными скоплениями слизи, боли в подложечной области, тошнота, рвота, отеки (из-за потери белка через измененную слизистую), кахексия, анемия. Нормальная или пониженная секреция соляной кислоты. Названные формы ХГ отличает значительная вероятность малигнизации. Для их выявления обязательно проведение гастроскопии и морфологического исследования.

В) Эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный гастриты (болезнь Крона, туберкулез, саркоидоз, микозы). Диагностика этих вариантов ХГ основана на морфологических методах исследования. Для эозинофильного гастрита характерна связь с аллергическими заболеваниями и коллагенозами, а при лимфоцитарном гастрите почти всегда отмечаются эрозии слизистой оболочки желудка.

Г) При гастрите от действия лекарств, алкоголя, экзогенных токсинов или дуодено-рефлюксе (но не в случае резецированного желудка типа С) – употребляют термин и реактивный гастрит.

Течение хронического гастрита. Появление атрофических изменений слизистой оболочки желудка прямо зависит от возраста больных и продолжительности заболевания. Атрофический гастрит распространяется проксимально от антрального отдела к телу желудка, то есть постепенно развивается диффузная форма ХГ типа В. Слабость,

понижение аппетита, симптомы «вялого желудка», признаки гипополивитаминоза, секреторной недостаточности и В12-дефицитной анемии ведет к формированию ХГ А+В.

Лабораторные методы исследования

1. Исследование желудочного сока выявляет гипоацидность до анацидности (ахлоргидрии) при ХГ типа А гипеацидность или нормоацидность в большинстве случаев ХГ типа В.

2. Исследование гастрина крови (норма до 100нг/л). При ХГ типа А выявляется высокий уровень (атрофия обкладочных клеток и уменьшение продукции соляной кислоты стимулирует секрецию гастрина).

3. Определение антител к обкладочным клеткам и внутреннему фактору при ХГ типа А и к НР при гастрите типа В.

4. Для диагностики НР-инфекции проводят гистологическое исследование биоптатов с окрашиванием препаратов (методы Гимзы, Грамма и др.), определение активности уреазы в гастробиоптатах (НР – единственный микроорганизм, обладающий высокой уреазной активностью).

Используются также культуральные, серологические и радионуклеидные методы выявления НР в слизистой оболочке желудка.

5. При исследовании периферической крови выявляются признаки В12-дефицитной анемии (высокий цветовой показатель, макроанизоцитоз, с наличием мегалоцитов и мегалобластов, пойкилоцитоз, гиперсегментация ядер нейтрофилов), при этом при исследовании пунктата костного мозга определяется резкая гиперплазия красного ростка с преобладанием мегалобластов. Такая картина подтверждает наличие ХГ типа А, А+В или диффузную форму ХГ типа В (при резкой атрофии слизистой тела желудка).

Инструментальные и морфологические методы

1. Рентгенологическое исследование. Метод не позволяет выявить основные формы ХГ. Но возможна диагностика болезни Менетрие и антрального ригидного гастрита, исключение язвы, полипов, рака и других заболеваний желудка, выявление нарушения моторной функции органа.

2. Гастроскопия. Определяет локализацию поражения желудка (антральный отдел или тело желудка) и признаки, присущие поверхностному гастриту (гиперемия слизистой) и атрофическому (истончение слизистой).

3. Морфологическое исследование гастробиоптатов. Имеет решающее значение в диагностике различных форм ХГ.

Гистологические типы ХГ: поверхностный, с поражением желез без атрофии, атрофический, атрофически гиперпластический, при гастрите типа В преобладают воспалительные изменения. Для гастрита типа А характерен первично-атрофический процесс. К предраковым изменениям слизистой желудка относят кишечную метаплазию и аплазию (атипию) ее эпителия.

Дифференциальная диагностика проводится с такими заболеваниями как:

- Функциональная желудочная диспепсия
- Язвенная болезнь
- Доброкачественные опухоли желудка
- Рак желудка.

Лечение хронического гастрита

Хронический гастрит типа А	Хронический гастрит типа В
Механическое, химическое, термическое щажение слизистой желудка	
Стол №2 Сокогенная диета (мясные, овощные, рыбные бульоны, соки)	Столы № 1а – 1б – 1 Исключающий средства повышающие секрецию желуд. сока (соки, бульоны)
Диета	
Соляно-щелочные минеральные воды (Есентуки-4, 17) по ½ стак. за 15-20 мин. до еды 3 раза в день	Маломинерализированные щелочные мин. воды (Боржоми, Саирме, Славянская). В подогретом виде (до 40°) ½ стак. 3 раза в

	день через 30-40 мин. после еды
Лекарственная терапия	
Препараты, содержащие компоненты желудочного сока: желудочный сок, абомин, пепсидин, ацидин-пепсин	Антибактериальная терапия: ДЕ-НОЛ + тетрациклин + трихопол
Анаболические препараты: нерабол, ретаболил	Ингибиторы желудочной секреции: циметидин, ранитидин, гастроцепин
Улучшающие кровообращение в слизистой желудка: никошпан, теоникол	Антациды: альмагель, фосфалюгель
	Пленкообразующие препараты: вентер, сайотек, биогастрон
	Холинолитики: метацин, платифиллин
ФТЛ, фитотерапия	

Лечебные назначения определяются характером нарушений моторной и секреторной функций желудка.

Диспансеризация. Осмотры пациентов проводятся 1-2 раза в год и при необходимости дополняются гастроскопией с биопсией (особенно в случаях атрофического гастрита и болезни Менетрие).

Прогноз. ХГ существенно не влияет на продолжительность и качество жизни пациентов. Возможны длительные спонтанные ремиссии заболевания. Прогноз ухудшается при гигантском гипертрофическом гастрите, у пациентов ХГ типа А и атрофическим пангастритом (А+В, диффузная форма ХГ типа В) из-за повышенного риска развития в этих случаях рака желудка.

Роль медсестры при ХГ заключается в знании причин и способствующих факторов заболевания для информации населения по профилактике данного заболевания. Наблюдении за пациентами в условиях стационара и поликлиники.

Медсестра должна

- следить за соблюдением диеты пациентом,
- проводить убедительные беседы с родственниками о необходимости поддерживать пациента в соблюдении предписанной врачом диеты (№1 или №2)
- уметь подготовить пациента к назначенным исследованиям: рентгеноскопии желудка, фиброгастроскопии, желудочному зондированию.
- уметь оказать помощь при: рвоте, тошноте.

Хронический гастрит

2 вариант (сокращенный)

Боль в эпигастральной области выражена слабо, локализована нечётко, не влияет на общее состояние пациентов. **Диспепсия желудка:** распирание в эпигастральной области, связанное с приёмом пищи; отрыжка, тошнота, рвота, нарушения аппетита. **Диспепсия кишечника:** вздутие живота, урчание, метеоризм, неустойчивость стула.

Астеновегетативный синдром: слабость, повышенная утомляемость, раздражительность и перепады настроения.

Хронический гастрит типа А

- Гипо- или ахлоргидрия
- Признаки пернициозной анемии
- Сопутствующие тиреоидит.

Хронический гастрит типа В

- Боль в эпигастральной области, смещённая к правой подрёберной области
- На поздних стадиях (через 10-20 лет у 50% пациентов) - признаки гипо- или ахлоргидрии.

Постгастрэктомический гастрит

- Нарушение выработки внутруреннегр фактора Касла (недостаточность витамина В12)
- Прогрессирование изменений до выраженной атрофии с развитием ахлоргидрии.

Методы исследования:

- *Общий анализ крови:* пернициозная анемия при хроническом гастрите типа А
- *Анализ кала:* возможно наличие скрытой крови, а также непереваренных остатков пищи при пониженной кислотности
- *Биохимический анализ крови:* снижение содержания общего белка, воспалительные изменения разной степени выраженности (максимальные при флегмонозном гастрите)
- *Исследование желудочной секреции:* снижение или повышение рН желудочного сока натощак при применении специфических раздражителей (капустный отвар, гистамин), определение содержания пепсина
- *ФЭГДС с прицельной биопсией:* слизистой оболочки (отёк, очаги гиперемии, петехии, разрыхление и поверхностное изъязвление, увеличение складок при гиперхлоргидрии; бледность и атрофичность при гипо- или ахлоргидрии; свободное поступление жёлчи в культю желудка при рефлюкс-гастрите)
- *Рентгеноскопия желудка:* нарушения моторики, эвакуации; необходима при дифференциальной диагностике с диффузным раком желудка
- Выявление *Helicobacter pylori*.

Лечение

- Диета. В зависимости от типа секреции различают 2 варианта лечебного питания
- При гипо- и ахлоргидрии в острой фазе назначают диету № 1а, далее - диета № 2, после окончания курса лечения - полноценное питание. При гиперацидных состояниях - длительная диета № 1.
- Коррекция нарушений желудочной секреции
- При гипо- и ахлоргидрии - настойка полыни, настой корня одуванчика, натуральный желудочный сок по 1 ст. л. на полстакана воды небольшими глотками во время еды; полиферментные препараты (фестал, дигестал, панзинорм-форте, мезим-форте) по 1 таблетке во время еды; хлоридные и хлоридно-гидрокарбонатные натриевые минеральные воды
- При гиперацидном состоянии - антацидные, адсорбирующие и обволакивающие средства; блокаторы гистаминовых H₂ рецепторов (только при сочетании высокой продукции соляной кислоты с эрозиями).
- При гастрите, вызванном *Helicobacter pylori*, - эрадикация (курс терапии - 1-2 нед)
- Тройная терапия де-нол 120 мг 4 р/сут в течение 28 дней • метронидазол 200 мг 4 р/сут в течение 10-14 дней • тетрациклин 500 мг 4 р/сут в течение 10-14 дней
- Коррекция нарушений моторной функции желудка - миотропные спазмолитики (но-шпа)
- Лечение сопутствующих заболеваний. В период ремиссии - санаторно-курортное лечение.