



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

Реализация алгоритма диагностики и лечения атрофического гастрита согласно действующим клиническим рекомендациям.

Клинический случай

Хапат Мадина Низамовна, клинический ординатор 1 года обучения кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

Белоусова Лия Николаевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

Сушилова Анастасия Геннадьевна, аспирант 2 года кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

Жалобы:

- ✓ дискомфорт в эпигастральной области;
- ✓ периодическое вздутие живота, чувство переполнения после приема пищи;
- ✓ умеренные ноющие боли в гипогастрии и эпигастрии, возникающие после приема пищи;
- ✓ периодически возникающая тошнота;

Объективно:

Кожный покров чистый, обычной окраски и влажности, высыпаний нет

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Диурез достаточный. Отеков нет.

АД 120/65 мм.рт.ст.
Пuls-ЧСС-67 уд/мин.
Тоны сердца ритмичные, приглушены.

Живот мягкий, слабо выражена болезненность в эпигастральной области.

ИМТ=29,2 кг/м²

Дыхание жесткое, побочных дыхательных шумов нет.
ЧДД-16/мин. SaO₂-98%.

Стул регулярный, 1 раз в сутки 2-3 тип по БШ, без патологических примесей.



Пациентка О. 67 лет

2001г.

Жалобы: на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие после приема пищи

ЭГДС

Признаки хронического атрофического гастрита, признаки дуоденита.

Биопсия

Склероз собственной пластинки слизистой оболочки желудка, умеренно выраженный хронический гастрит с очаговой кишечной метаплазией. *Hp* (-).

Периодически принимала ИПП-без эффекта

2016г.

ЭГДС

Недостаточность кардии.
Дуодено-гастральный рефлюкс.

Биопсия

Атрофический пангастрит с толстокишечной метаплазией. *Hp* (-).

С целью подтверждения диагноза гастрита и дуоденита, выявления и ранжирования предраковых состояний и изменений слизистой оболочки желудка, в первую очередь распространенности и степени атрофии, кишечной метаплазии и дисплазии, при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение ЭГДС

Диагноз гастрита основан на гистологическом выявлении воспаления слизистой оболочки желудка, а также атрофии и кишечной метаплазии.

2023
г.

Жалобы: умеренные ноющие боли в эпигастрии после приема пищи, периодическое вздутие живота, периодическая тошнота, нарушение стула (чередование эпизодов запора с диареей)

Консультация гастроэнтеролога

21.08.2023

Гастропанель

Пепсиноген I: 34.04 мкг/л
Пепсиноген II: 32.81 мкг/л
PGI/PGII: 1.00
H.pylori IgG: 27.64 EIU
Гастрин-17: >30.00 ммоль/л

Anamnesis vitae: семейный анамнез по раку желудка не отягощен

Диагноз: Атрофический гастрит тела желудка.

Рекомендовано:

- ЭГДС с биопсией по OLGA;
- УЗИ ОБП;
- Клинический анализ крови;
- Анализ крови на сывороточное железо, вит.В12

Пациентам с подозрением на наличие при гастрите предраковых изменений желудка (атрофии, кишечной метаплазии) с целью подтверждения диагноза, оценки степени риска развития рака желудка и определения порядка эндоскопического наблюдения рекомендуется проведение анализа крови на пепсиноген I, пепсиноген II и гастрин-17

При ХАГ могут формироваться экстрагастральные проявления:
-В12 дефицитная анемия;
-железодефицитная анемия;
-неврологический «дефицит»

Алгоритм диагностики и ведения пациентов с хроническим гастритом и предраковыми состояниями и изменениями желудка в рамках программы диспансеризации

ЭГДС (предпочтительно видеоэндоскопия высокого разрешения) с прицельной биопсией и/или биопсией как минимум из 4 точек (2 из антрального отдела желудка, 2 из тела желудка, большая и малая кривизна, морфологическое стадирование гастрита)

Эрадикация *H. pylori* при выявлении (обязательно при симптомах диспепсии, атрофическом гастрите)

Пациенты с атрофическим гастритом/ кишечной метаплазией

Слабая / умеренная атрофия в антральном отделе, нет КМ

КМ только в антральном отделе или только в теле желудка

Атрофия / КМ в антральном отделе и теле желудка

Семейный анамнез рака желудка, неполная КМ, персистенция *H. pylori*

Семейный анамнез рака желудка, аутоиммунный гастрит

Нет

Есть

Нет

Есть

Без наблюдения

Каждые 3 года

Каждые 1–2 года

Пациенты с дисплазией/подозрение на ранний рак желудка

Направление пациента в экспертный центр для проведения ЭГДС высокого разрешения с хромоскопией

Видимый участок дисплазии

Нет

Есть

ЭГДС через 6 месяцев (при дисплазии высокой степени)
ЭГДС через 12 месяцев (при дисплазии низкой степени)

При отсутствии видимого участка – рестадиравание гастрита и соответствующее наблюдение

Эндоскопическое удаление видимого участка дисплазии (тотальная биопсия) с целью стадирования

Каждый год

Наблюдение (предпочтительно ЭГДС экспертного уровня) с прицельной биопсией патологических участков

ЭГДС

Атрофический гастрит с очаговой метаплазией.
Дуодено-гастральный рефлюкс.

Пациентам при проведении диагностической ЭГДС, для адекватного стадирования предраковых состояний слизистой оболочки желудка у пациентов с подозрением на наличие атрофических, метапластических и неопластических изменений рекомендуется проведение биопсии, как для диагностики инфекции *H. pylori*, так и для идентификации стадий атрофического гастрита

УЗИ ОБП

Эхографические признаки диффузных изменений печени по типу стеатоза (S 2), диффузных изменений поджелудочной железы.

¹³C- уреазный дыхательный тест на *Hp*: (-);
Анализ кала на антиген *Hp*: (-)

С целью исключения анемии из-за кровотечений при эрозивном поражении гастродуоденальной слизистой оболочки или из-за аутоиммунного гастрита рекомендуется выполнение общего анализа крови с определением уровня гемоглобина, гематокрита, объема эритроцита, цветового показателя

Биопсия

Хронический атрофический гастрит 3 стадии 3 степени (по системе OLGA), неактивный (вне обострения). *Hp*(-). Слизистая двенадцатиперстной кишки обычного строения.

Выполнение биопсии рекомендуется из двух отделов желудка (по два биоптата из тела и антрального отдела по малой и большой кривизне). Дополнительная биопсия должна быть взята из каждого видимого патологического участка слизистой оболочки желудка. Если для оценки тяжести атрофического гастрита планируется использование систем OLGA или OLGIM

Клинический анализ крови

Нв: 115 г/л;
МСН: 25 пг;
Эритроциты: 3,12 · 10¹²/л;
Сывороточное железо: 7,35 мкмоль/л.



Анализ крови на вит.В12 не выполнен

Диагноз:

Основной: Хронический атрофический гастрит, 3 стадия атрофии, 3 степень воспаления по OLGA, Hp-статус отрицательный.

Осложнения: Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

Соутствующий: Гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО 4. Избыточная масса тела (ИМТ 29,2 кг/м²). Кисты правой почки.

Рекомендована терапия:

-Ребамипид 100 мг 3 р/д (8 недель);

Пациентам с хроническим гастритом, в том числе атрофическим, с целью потенцирования защитных свойств слизистой оболочки возможно рекомендовать терапию ребамипидом в течение 4-8 недель.

-у пациентов с атрофическим гастритом вне зависимости от этиологии при выявлении изменений показателей крови необходимо проводить дифференциальную диагностику атрофии, связанной с аутоиммунным гастритом, а также выявлять наличие других аутоиммунных заболеваний;

-должны оцениваться показатели уровня железа и витамина В12 в крови, а также определение антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору

Рекомендации:

- Анализ крови на Вит.В12;
- Определение антител к внутреннему фактору Касла и париетальным клеткам;
- Суточная рН-импедансометрия;
- Контроль ЭГДС каждые 3 года.