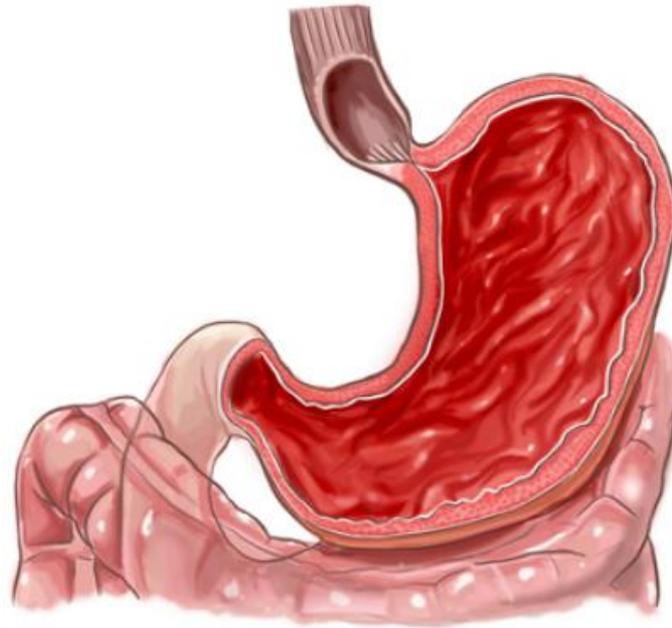


Аутоиммунный гастрит междисциплинарная проблема



Профессор Плотникова Екатерина Юрьевна

Классификация гастритов, предложенная на Киотской конференции 2014 г.

Аутоиммунный гастрит

Инфекционные гастриты

***H. pylori*-индуцированный гастрит**

**Бактериальный гастрит, но не *H. pylori*-
ассоциированный**

Helicobacter heilmannii гастрит

Энтерококковый гастрит

Микобактериальный гастрит

Вторичный сифилитический гастрит

Флегмона желудка

Вирусный гастрит

Энтеровирусный гастрит

Цитомегаловирусный гастрит

Грибковый гастрит

Гастрит, вызванный мукомикозом (mucormycosis)

Кандидоз желудка (Gastric candidiasis)

Гистоплазмоз желудка (Gastric histoplasmosis)

Паразитарный гастрит

Аникозидоз желудка (Gastric anisakiasis)

Гастрит на фоне криптоспораидоза (*Cryptosporidium*
gastritis)

Стронгилоидоз желудка (*Gastric strongyloides stercoralis*)

Гастриты, вызванные внешними причинами

**Гастрит, вызванный лекарственными
препаратами**

Алкогольный гастрит

Радиационный гастрит

Химический гастрит

Гастрит, связанный с рефлюксом желчи

Гастрит, вызванный другими специфическими
внешними причинами

**Гастрит, вызванный специфическими
внешними причинами**

Лимфоцитарный гастрит

Болезнь Менетрие

Аллергический гастрит

Эозинофильный гастрит

**Гастрит, связанный с другими заболеваниями,
классифицированными в другом месте**

Гастрит при саркоидозе

Гастрит при васкулитах

Гастрит при болезни Крона

Глава 11. Заболевания органов пищеварения

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

DA42 Гастрит

DA42.0 Аутоиммунный гастрит

DA42.1 Нр-ассоциированный гастрит

DA42.2 Эозинофильный гастрит

DA42.3 Лимфоцитарный гастрит

DA42.4 Аллергический гастрит

**DA42.5 Гастрит, вызванный
дуоденогастральным рефлюксом**

DA42.6 Болезнь Менетрие

**DA42.7 Гастрит неясной этиологии со
специфическими эндоскопическими или
патологическими проявлениями**

**DA42.8 Гастрит, вызванный экзогенными
факторами**

DA42.9 Флегмона желудка

DA42.Y Другие специфические гастриты

DA42.Z Неуточненный гастрит





МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Гастрит и дуоденит

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K29**

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения **2021**

УТВЕРЖДАЮ

Президент Российской
гастроэнтерологической ассоциации,
академик РАН, д.м.н.,
зав. кафедрой пропедевтики
внутренних болезней,
гастроэнтерологии и гепатологии
ПМГМУ им. И.М.Сеченова

В.Т.Ивашкин



УТВЕРЖДАЮ

Председатель Ассоциации
«Эндоскопическое общество
«РЭндО»,
д.м.н., проф. кафедры общей
хирургии с курсом эндоскопии
ФГБОУ ВО СПбГМУ Минздрава
России



КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ГАСТРИТ

Клинические рекомендации РГА
Одобрены Министерством здравоохранения Российской
Федерации

Гастрит и дуоденит

Год утверждения 2021

Кодирование по Международной статистической классификации болезней: **K29**

Диагноз гастрита основан на гистологическом **выявлении воспаления слизистой оболочки** желудка (нейтрофильные лейкоциты в собственной пластинке и интраэпителиально, плотность мононуклеарной воспалительной инфильтрации), а также атрофии и кишечной метаплазии

Аутоиммунный гастрит

АИГ – хроническое воспаление дна и тела желудка вследствие аутоиммунного поражения кислотопродуцирующих клеток, так как аутоиммунная реакция при АИГ нацелена непосредственно на париетальные клетки

Аутоиммунный гастрит

- Антитела против париетальных клеток (РСА) распознают субъединицу протонной помпы H^+/K^+ -АТФазу, расположенную на париетальных клетках, приводит к гибели этих клеток и к атрофии всей окружающей слизистой оболочки.
- Наряду с разрушением париетальных клеток снижается секреция соляной кислоты, что приводит к гипохлоргидрии, сменяющейся ахлоргидрией.
- Возникают нарушения пищеварения, бактериальные изменения в желудке и тонкой кишке, дефицит железа, а также витамина B^{12} из-за нарушения синтеза внутреннего фактора Кастла
- АИГ связан с другими аутоиммунными заболеваниями, АИГ коморбиден до ~35% с аутоиммунным тиреоидитом (болезнь Хашимото)

• Lenti MV, Ruge M, Lahner E, et al. Autoimmune gastritis. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Jul 9;6(1):56.

• Tursi A, Grattagliano I, De Polo M, et al. Noninvasive prediction of chronic atrophic gastritis in autoimmune thyroid disease in primary care. *Scand J Gastroenterol*. 2014 Nov;49(11):1394-6.

Эпидемиология АИГ

- Распространенность АИГ оценивается в диапазоне от 0,5 до 4,5% во всем мире, поражая преимущественно женщин
- Более поздние исследования оценивают популяционную распространенность до 7,8–19,5%
- 25–50% пациентов страдают микроцитарной гипохромной анемией из-за неэффективной резорбции железа
- Пернициозная анемия встречается у 15–20% пациентов с АИГ
- При АИГ более часто распространен дефицит кальция, а также витаминов С и D

- *Lenti MV, Rugge M, Lahner E, et al. Autoimmune gastritis. Nat Rev Dis Primers. 2020 Jul 9;6(1):56.*
- *Ko CW, Siddique SM, Patel A, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Gastrointestinal Evaluation of Iron Deficiency Anemia. Gastroenterology. 2020 Sep;159(3):1085-1094.*
- *Cavalcoli F, Zilli A, Conte D, Massironi S. Micronutrient deficiencies in patients with chronic atrophic autoimmune gastritis: A review. World J Gastroenterol. 2017 Jan 28;23(4):563-572.*

Симптомы при АИГ, железодефицитной анемии и дефиците витамина В¹²

Железодефицитная анемия	Дефицит витамина В ¹² (± анемия)	Аутоиммунный гастрит
Усталость	Усталость	Симптомы дефицита железа и/или витамина В ¹²
Одышка	Одышка	Постпрандиальная диспепсия, полнота
Слабость	Слабость	Рефлюксоподобные симптомы
Нарушение физической и когнитивной функции	Нарушение физической и когнитивной функции	Боли в эпигастральной области
Синдром беспокойных ног	Периферическая полинейропатия, парестезии	Вздутие живота
Выпадение волос	Миелопатия	Нарушение толстокишечного транзита (диарея и/или запор)
Ломкие ногти	Спинальная атаксия	Боль внизу живота
	Психологические нарушения (например, депрессия, психоз)	
	Глоссит, диарея, мальабсорбция	

Пациентка М. 1975 г.р.

Жалобы:

постоянный кисло-металлический привкус; периодически отечность языка сглаженность сосочкового слоя; жжение языка - связь с едой не заметил
Стул: ежедневный и через сутки, 4 тип по БШ. ВКС не проходила.
Мочеиспускание: норма
Аппетит: сохранный; вес стабильный

Анамнез болезни

Вышеуказанные жалобы с марта 2020г. Полноценно не обследовалась!
Лечилась: ромашка, стоматологические пасты. Посещала стоматолога-патология исключена. Обратилась за мед.помощью. По фотографиям с телефона - выраженный ассиметричный отек языка, сглаженность сосочкового слоя, отпечатки зубов на языке.

Клинический анализ крови			
Гематокрит	37.4	%	35.0 - 47.0
Гемоглобин	12.4	г/дл	11.7 - 16.0
Эритроциты	4.16	млн/мкл	3.80 - 5.30
MCV (ср. объем эритроц.)	89.9	фл	81.0 - 101.0
RDW (шир. распредел. эритроц.)	15.0*	%	11.6 - 14.8
МСН (ср. содер. Нв в эр.)	29.8	пг	27.0 - 34.0
МСНС (ср. конц. Нв в эр.)	33.2	г/дл	31.0 - 36.0
Тромбоциты	216	тыс/мкл	150 - 400
Лейкоциты	8.23	тыс/мкл	4.50 - 11.00
Нейтрофилы (общ.число), %	72.6	%	48.0 - 78.0
Лимфоциты, %	18.0*	%	19.0 - 37.0
Моноциты, %	6.0	%	3.0 - 11.0
Эозинофилы, %	2.7	%	1.0 - 5.0
Базофилы, %	0.7	%	< 1.0
Нейтрофилы, абс.	5.98	тыс/мкл	1.56 - 6.13
Лимфоциты, абс.	1.48	тыс/мкл	1.18 - 3.74
Моноциты, абс.	0.49	тыс/мкл	0.20 - 0.95
Эозинофилы, абс.	0.22	тыс/мкл	0.00 - 0.70
Базофилы, абс.	0.06	тыс/мкл	0.00 - 0.20
СОЭ	15	мм/ч	< 30

При исследовании крови на гематологическом анализаторе патологических клеток не обнаружено. Количество палочкоядерных нейтрофилов не превышает 6%

Шкала Вестергрена, седиментационный метод

Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения
АлАТ	17	Ед/л	< 31
АсАТ	19	Ед/л	< 31
Билирубин общий	19.3	мкмоль/л	3.4 - 20.5
Витамин В12	< 125*	пг/мл	187 - 883
T4 свободный	10.76	пмоль/л	9.00 - 19.05
ТТГ	5.29*	мЕд/л	0.4 - 4.0
АТ-ТПО	467.0*	МЕ/мл	< 5.6

	результат/дата	значения	
Железо	8.72*	мкмоль/л 9.0 - 30.4	
Латентная железосвяз. способность	54	мкмоль/л 12.5 - 55.5	
Общая железосвяз. спос-ть	62.9	мкмоль/л 45 - 76	
Ферритин	11	мкг/л 10 - 120	
T4 свободный	12.94	13.04 18.12.21	пмоль/л 9.00 - 19.05
ТТГ	3.21	6.59* 18.12.21	мЕд/л 0.4 - 4.0
АТ-ТПО	509.0*	576.1* 18.12.21	Ед/мл < 5.6

Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения	Комментарий
Helicobacter pylori, 13C-уреазный дыхательный тест	0.000	DOB (‰)	см.комм.	<3,0 - отрицательно, 3,0-4,5 - сомнительно, >4,5 - положительно.

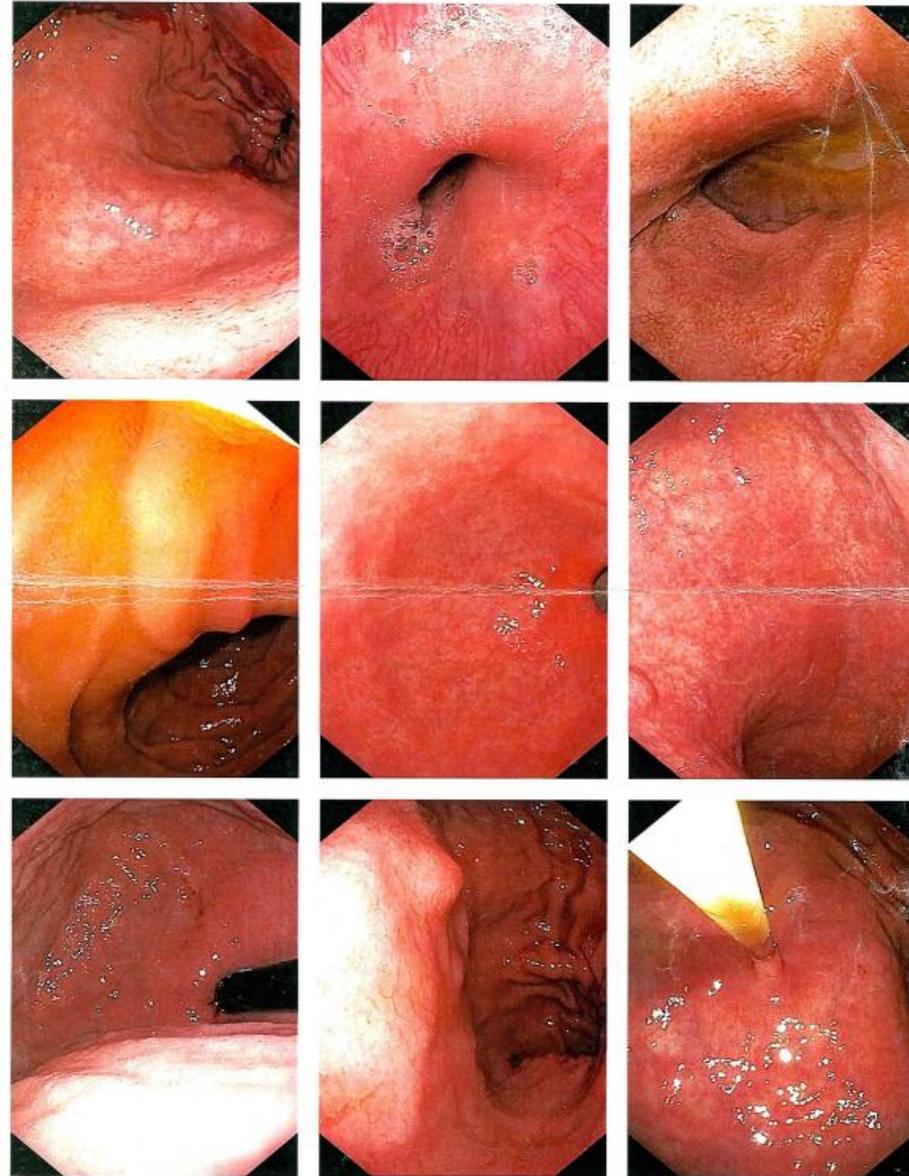
Пациентка М. 1975 г.р.

ВИДЕОЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ

Пациент (Ф.И.О.): Дубовченко Мария Павловна
Дата рождения: 15.07.1971
Дом. адрес: г. Кемерово, ул. Ворошилова, 246-201
Диагноз при направлении на исследование: ГЭРБ?
Предыдущее заключение: нет на руках
Результат гистологического исследования: нет
Направлен каким специалистом: гастроэнтеролог
Тип оплаты: платно Тел.: +7 (903) 942-6534
Жалобы (на момент осмотра): кисло-металлический вкус во рту, пятна, онемение языка
Особенности анамнеза, сопутствующая патология: АИТ
Марка аппарата, серия: Olympus GIF H 170 2031790 (с узкоспектральным режимом – NBI)
Подготовка: симетикон – 70 мг.
М/а: аэрозоль лидокаина 10%
Пищевод свободно проходим. Слизистая его ровная, розовая.
Пищеводные вены: нет.
Сосудистый рисунок: сохранен. Палисадные сосуды сохранены.
Кардиальный жом: расположен симметрично, смыкается.
Z-линия: ровная, очаги метаплазии: нет.
Уровень пищеводного отверстия диафрагмы: соответствует анатомическому: расстояние от резцов до пищеводно-желудочного перехода 37см, до уровня диафрагмального сужения — 38см.
Желудок: проходим, обычной формы и размеров, содержит небольшое количество слизи.
Характеристики слизистой верхней трети тела желудка: истончена, ровная, выражен подслизистый сосудистый рисунок, собирательные венулы не определяются.
Вены свода желудка: нет.
Склячки: сглажены, эластичные, расправляются при инсuffляции воздухом.
Осмотр субкардиального отдела желудка в положении ретрофлексии из просвета желудка: кардия смыкается плотно, угол Гиса острый, GEFV Ist.(по Hill), кардиальный жом плотно охватывает эндоскоп.
Перистальтика: активная.
Слизистая оболочка в теле желудка: истончена, ровная, выражен подслизистый сосудистый рисунок, собирательные венулы не определяются. Биопсия с малой и большой кривизны по 1 кус.(флакон №4). На задней стенке средней трети округлое образование до 0,5см: мало-смещаемое при инструментальной пальпации; эластичное, слизистая его не отличается от окружающей, тянется за биопсийными щипцами(симптом шатра сомнительный). Биопсия 1 кус.(флакон №3). Биопсия из угла желудка 1 кус.(флакон №2).
Слизистая оболочка в антральном отделе: ровная, розовая, собирательные венулы сохранены. Биопсия с малой и большой кривизны по 1 кус.(флакон №1).
Привратник: расположен симметрично, смыкается, свободно проходим.
Двенадцатиперстная кишка:
Луковица ДПК: правильной формы.
Наличие дефекта: нет.
Слизистая луковицы ДПК: ровная, розовая.
Постбульбарные отделы ДПК: просвет не изменен, слизистая постбульбарных отделов ровная, розовая, ворсинки сохранены. В просвете небольшое количество слизи и желчи.
Выход из луковицы: свободен.
БДС: при осмотре торцевой оптикой расположен типично, округлой холмовидной формы до 0,3см, визуально, не изменен. Устье округлое, из устья небольшими порциями поступает желчь соломенно-желтого цвета. Продольная складка не расширена. Признаков желчной гипертензии нет.
Заключение: Эндоскопические признаки аутоиммунного гастрита («обратная» атрофия O-4 по Кимура-Такемото). Подслизистое? эпителиальное? образование средней трети тела желудка.
МКБ: К 29.6

✓ Результаты ПГИ через 14 дней.

Рекомендации: Ат к париетальным клеткам и фактору Касла, гастропанель, витамин В12, ОАК.



Пациентка М. 1975 г.р.

Гистологическое исследование № 1691

Вид материала	1. Антральный отдел желудка. 2. Угол желудка. 3. Средняя треть тела желудка. 4. Малая и большая кривизна тела желудка.
Макроописание	1. 2 серых кусочка по 0,4 см. 2. Серая ткань 0,3x0,3 см. 3. Серая ткань 0,3x0,3 см. 4. 2 серых кусочка по 0,3 см.
Микроописание	1. Антральный отдел желудка: 2 фрагмента слизистой оболочки антрального отдела желудка с наличием мышечной пластинки в одном фрагменте: щеечные железы с признаками атрофии и без метаплазии, в собственной пластинке лимфоциты и плазматические клетки и немногочисленные эозинофилы. В слизи <i>Helicobacter pylori</i> не выявлен. 2. Угол желудка: фрагмент слизистой оболочки из области угла желудка с наличием плотной мышечной пластинки: имеется очаговая фовеолярная гиперплазия, щеечные железы с признаками атрофии без метаплазии. В собственной пластинке лимфоциты и плазматические клетки. В слизи <i>Helicobacter pylori</i> не выявлен. 3. Средняя треть тела желудка: фрагмент слизистой оболочки тела желудка с наличием плотной выбухающей мышечной пластинкой: щеечные железы с атрофией, бокаловидными клетками и клетками Панета, псевдопилорической метаплазией. В собственной пластинке лимфоциты, плазматические клетки. В слизи <i>Helicobacter pylori</i> не выявлен. 4. Малая и большая кривизна тела желудка: 2 фрагмента слизистой оболочки тела желудка с наличием плотной выбухающей мышечной пластинкой: щеечные железы с атрофией, бокаловидными клетками, псевдопилорической метаплазией. В собственной пластинке лимфоциты с образованием скопления без светлого центра, плазматические клетки. В слизи <i>Helicobacter pylori</i> не выявлен.
Заключение	1. Хронический неактивный умеренно атрофический антральный гастрит. <i>Helicobacter pylori</i> не выявлен. МКБ X: K 29.4 2. Хронический неактивный умеренно атрофический гастрит в области угла, с очаговой фовеолярной гиперплазией. <i>Helicobacter pylori</i> не выявлен. МКБ X: K 29.4 3. Хронический неактивный умеренно атрофический гастрит тела, с толсто- и тонкокишечной, псевдопилорической метаплазией, что соответствует изменений при аутоиммунном гастрите. <i>Helicobacter pylori</i> не выявлен. МКБ X: 29.4 Для исключения подслизистой опухоли (веретеноклеточного варианта GIST) рекомендуется проведение ИГ-Х исследования. 4. Хронический неактивный умеренно атрофический гастрит малой и большой кривизны тела, с толсто кишечной, псевдопилорической метаплазией, что соответствует изменений при аутоиммунном гастрите. <i>Helicobacter pylori</i> не выявлен. МКБ X: 29.4 Для исключения подслизистой опухоли (веретеноклеточного варианта GIST) рекомендуется проведение ИГ-Х исследования.

Результаты лабораторного исследования НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ДИАГНОЗОМ. Согласно федеральному закону №323-ФЗ от 21.11.2011 диагноз устанавливает лечащий врач на основании совокупности всех данных о пациенте.

Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения
АТ к париетальным клеткам желудка, IgG+A+M	1:320	титр	<1:40

Результаты исследований не являются диагнозом, необходима консультация специалиста.

Пациентка М. 1975 г.р.

Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения	Комментарий
ГАСТРОПАНЕЛЬ				
Пепсиноген I	<10*	мкг/л	30 - 160	
Пепсиноген II	8.0	мкг/л	3 - 15	
Пепсиноген I/Пепсиноген II	нерасчет		3 - 20	
Гастрин-17 (базальный)	>31*	пмоль/л	1.00 - 7.00	
АТ к <i>H. pylori</i> IgG	25.1	Ед	см. комм.	< 30 Ед - отрицательно. >= 30 Ед - положительно.

* Результат, выходящий за пределы референсных значений

Эрадикация	Нет
Прием ИПП	Постоянно
Симптомы повышенной кислотности	Постоянно
Прием НПВП	Постоянно

Информация

Взятие биоматериала	10.01.2023
Постановка	16.01.2023

Пепсиноген I	<10	µg/l	*	норма:	30 - 160 µg/l
Пепсиноген II	8,0	µg/l	*		3 - 15 µg/l
PGI/PGII	1,2 !		*		3 - 20
Гастрин-17b (G-17b)	>31	pmol/l	*		1 - 7 pmol/l
Антитела <i>H. pylori</i>	25,1	ИФЕ			< 30 EIU

Трактовка

Результаты обследования ГастроПанель свидетельствуют об атрофическом гастрите тела желудка (атрофии слизистой оболочки желудка), вследствие аутоиммунного заболевания или перенесенной в прошлом инфекции *Helicobacter pylori*. Секреторная деятельность желудка понижена. Желудок с пониженной кислотностью или бескислотный желудок. Проконсультируйтесь с лечащим врачом по поводу возможности проведения гастроскопии.

Уровень Пепсиногена I в крови отражает структуру и функцию слизистой оболочки тела желудка. При развитии атрофии в теле желудка уровень пепсиногена I в крови снижается до 30 мкг/л и ниже.

Уровень Пепсиногена II в крови отражает структуру и функцию всей слизистой оболочки желудка. Его концентрация в крови возрастает при воспалении в слизистой желудка (пороговое значение 10 мкг/л), чаще всего обусловленном инфекцией *H. Pylori* или другими причинами (прием алкоголя, болеутоляющих и т.д.)

Соотношение Пепсиногена I к Пепсиногену II снижается ниже 3 при атрофии тела желудка.

Уровень Гастрин-17 в крови отражает структуру и функцию слизистой оболочки антрального отдела желудка. Моноклональные антитела Biohit определяют только амидированный пептид Гастрин-17, который имеет специфические рецепторы на париетальных клетках. Гастрин-17 секретируется только G – клетками антрального отдела желудка и соотносится с секреторной функцией париетальных клеток слизистой оболочки тела желудка. Уровень Гастрин-17 в крови (в тощачковой пробе) будет снижен при повышенной кислотности (рН ниже 2,5). Например, концентрация тощачкового Гастрин-17 в крови ниже 1 пмоль/л наблюдается при очень высокой продукции кислоты в желудке. Также снижение уровня тощачкового Гастрин-17 происходит при развитии атрофии в антральном отделе вследствие исчезновения G-клеток. Для того, чтобы разграничить состояния, связанные с повышенной кислотностью, и истинную антральную атрофию, необходимо проводить пробу с белковой стимуляцией.

Если уровень Гастрин-17 возрастает более чем на 3 пмоль/л после белковой стимуляции, это означает, что у пациента повышенная кислотность, но нет антральной атрофии. Если же уровень Гастрин-17 не возрастает после белковой нагрузки, это означает, что у пациента имеется истинная атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка. Тощачковый уровень Гастрин-17 более 10 пмоль/л наблюдается при снижении кислотности (гипоацидный желудок вследствие приема ИПП или атрофии, ограниченной только слизистой оболочкой тела желудка)

*) Включен только в ГастроПанель.

Пациентка М. 1975 г.р.

Исследование	Результат	Предыдущий результат/дата	Единицы	Референсные значения	Комментарий
Креатинин	70	68 26.01.23	мкмоль/л	49 - 90	
Общий белок	76		г/л	64 - 83	
Белковые фракции (электрофорез):					
альбумин	43.6		г/л	37.5 - 50.1	
альфа-1-глобулины	2.36		г/л	1.9 - 4.6	
альфа-2-глобулины	6.7		г/л	4.8 - 10.5	
бета-глобулины	8.5		г/л	4.8 - 11.0	
гамма-глобулины	14.8		г/л	6.2 - 15.1	
Кальций	2.35		ммоль/л	2.10 - 2.55	
Фосфор неорганический	1.17		ммоль/л	0.74 - 1.52	
Паратгормон	7.78		пмоль/л	2.0 - 9.4	
Витамин 25(ОН) D	18.2*		нг/мл	см.комм.	< 10 нг/мл - выраженный дефицит; < 20 - дефицит; 20-30 - недостаточность; 30-100 - адекватный уровень (целевые значения при коррекции дефицита вит.D - 30-60); > 150 - возможен токсический эффект.

* Результат, выходящий за пределы референсных значений

Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения
Кальций ионизированный	1.30	ммоль/л	1.17 - 1.37

Пациентка М. 1975 г.р.



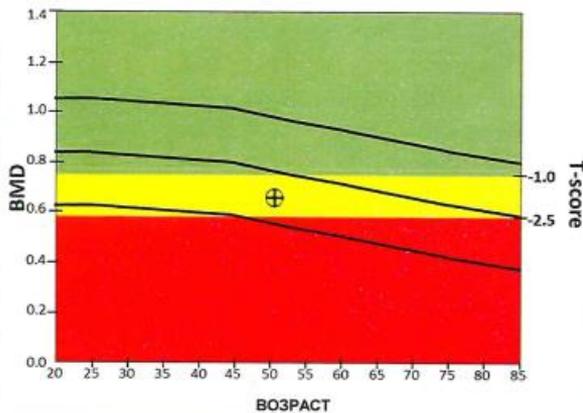
ECHOLIGHT DIAGNOSTIC CENTER
O.U. Lecce

Дата исследования: 31/03/2023 15:03:29

Фамилия: ДУБЧЕНКО Имя: МП

Дата рождения: 15/07/1971 Возраст: 51л Пол: Ж Вес: 60 kg Рост: 165 cm ИМТ: 22.04 кг/м²

REMS денситометрия: ПРАВОЕ БЕДРО



	МПКТ(BMD) г/см ³	T-score	Z-score	Диагноз
Шея	0.653	-1.8	-0.9	ОСТЕОПЕНИЯ

FRAX[®]

Основной остеопороз

N.D.%

Перелом бедра

N.D.%



	МПКТ(BMD) г/см ³	T-Score	Z-Score
Всего	0.801	-1.2	-0.7
Вертел	0.827	-0.8	-0.4



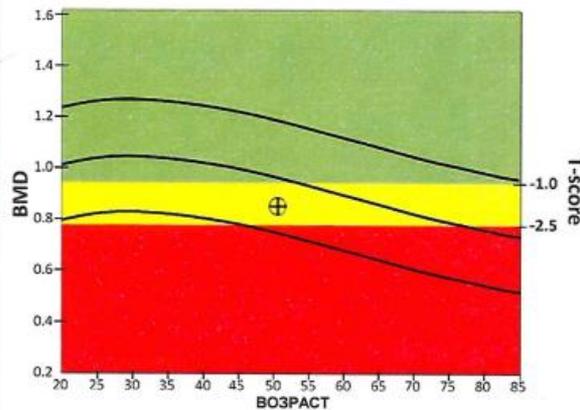
ECHOLIGHT DIAGNOSTIC CENTER
O.U. Lecce

Дата исследования: 31/03/2023 15:00:08

Фамилия: ДУБЧЕНКО Имя: МП

Дата рождения: 15/07/1971 Возраст: 51л Пол: Ж Вес: 60 kg Рост: 165 cm ИМТ: 22.04 кг/м²

REMS денситометрия: ПОЗВОНОЧНИК



	МПКТ(BMD) г/см ³	T-score	Z-score	Диагноз
Всего	0.853	-1.8	-0.9	ОСТЕОПЕНИЯ

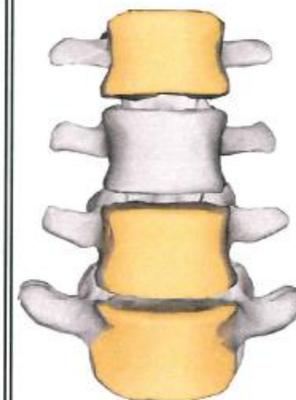
FRAX[®]

Основной остеопороз

N.D.%

Перелом бедра

N.D.%



	МПКТ(BMD)	T-SCORE
L1	0.731	-1.8
L2	N.D.	—
L3	0.87	-1.9
L4	0.937	-1.6

При АИГ повышен риск развития опухолей

Каскад Correa



P. Correa, 1988 г.

- Генетические, метаболические или экологические триггеры приводят к формированию аденокарциномы, которая также типична для рака толстой кишки
- При АИГ, с преобладающей атрофией тела желудка, также подвержены повышенному риску возникновения нейроэндокринных опухолей (НЭО) GI типа, по классификации G-NET ВОЗ 2017 г.
- у 50% пациентов с карциноидными опухолями желудка имеется пернициозная анемия

Пациентка М. 1975 г.р.

Эндосонография

Радиальный УЗ- эндоскоп проведен в пищевод, желудок, 12 п.к. Выполнено сканирование из просвета пищевода из стандартных отведений. Стенка пищевода равномерно 5-ти слойная. На 18-23 см от резцов визуализированы левая и правая общие сонные артерии . На 27 см от резцов визуализирована непарная вена в виде анэхогенной сосудистой структуры.

Аорта округлой формы в виде анэхогенной сосудистой структуры, в просвете без патологических образований, стенка не утолщена.

Аорта прослежена до отхождения чревного ствола. Визуализированы чревный ствол, селезеночная и печеночная артерии.

Стенка желудка и 12 п.к. равномерно 5-ти слойная во всех отделах.

В с/з тела желудка по задней стенке, ближе к большой кривизне визуализируется подслизистое образование около 5.0 мм, слизистая над ним не изменена.

При ЭХО-сканировании локально определяется округлое образование с четкими ровными контурами, расположенное в 4-м, мышечном слое, размерами 6,3*2,9 мм, однородной структуры, гипоэхогенное. При картировании в режиме *line flow* кровотока не определяется.

Других изменений не нахожу.

Заключение:

Эндоскопические признаки подслизистого образования с/з желудка.

ЭХО-признаки подслизистого образования миогенного происхождения, больше данных за лейомиому.

Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, с двойным контрасти. Дата: 24.03.2023. Врач: Дмитриева Наталья Васильевна

Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим без контурных, рельефных изменений. Кардия смыкается плотно. Желудок каскадной деформации. На фоне продольнопятнистого рельефа в с/з тела по большой кривизне на серии снимков определяется плоский дефект на контуре до 1.5 x 02см. с плоским пятном бария. Стенки эластичные. Перистальтика глубокая. Эвакуация ускорена. 12п/к-6ло.

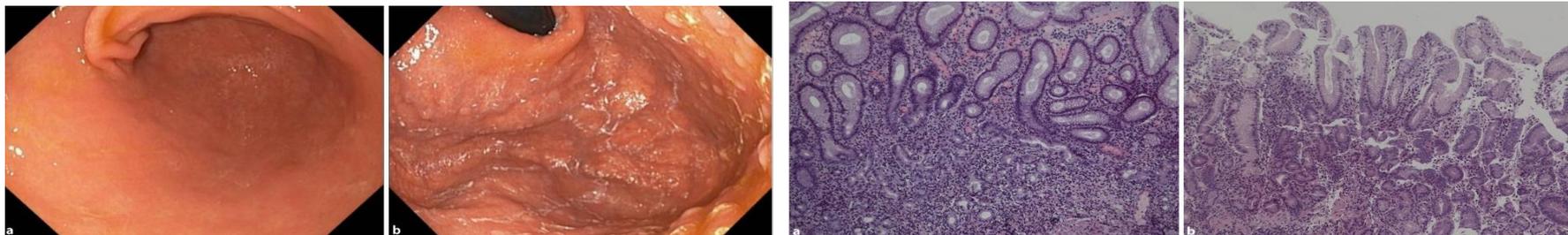
Заключение:

Рентгенкартина не противоречит эндоскопическому заключению.

О состоянии слизистой судить по ФГС

Диагностика АИГ

- **Лабораторное обследование** должно включать анализ крови, статус железа (ферритин, трансферрин, насыщение трансферрина), уровень витамина В¹² и специфические серологические маркеры АИГ – антитела к париетальным клеткам (РСА), антитела к внутреннему фактору (ИФА), гастрин-17, пепсиноген I и II и антителами к *H. Pylori* (GastroPanel™), хромогранин А, нейронспецифическая энолаза (NSE), 5-гидроксииндолуксусная кислота (5-НИАА).
- **Суточное мониторирование желудочной рН**
- **Золотым стандартом диагностики АИГ является гастроскопия с биопсией из антрального отдела и тела желудка с типичными гистологическими данными**



Терапевтические стратегии

- **Этиотропного лечения АИГ не существует**
- **Здоровое питание – диета, богатая овощами, зерновыми и фруктами, учитывать, что различные ингредиенты такой диеты могут ухудшать качество жизни индивидуально у некоторых пациентов**
- **Модификация образа жизни, методы снижения веса и снижения стресса**
- **При выявлении Нр – антихеликобактерная терапия**
- **Лечение неспецифических желудочно-кишечных симптомов – гастропротекторы, прокинетики**
- **Скрининг и восполнение (парентеральное замещение) дефицита железа и витамина В¹²**
- **При наличии СИБРа, для подтверждения следует провести дыхательный водородный тест с лактулозой, а затем кишечную деконтаминацию.**



Клинические рекомендации Европейского общества эндоскопии желудочно-кишечного тракта (ESGE), Европейской группы по изучению инфекции *H. pylori* и микробиоты (EHMSG), Европейского общества патологов (ESP) (2019 г.)

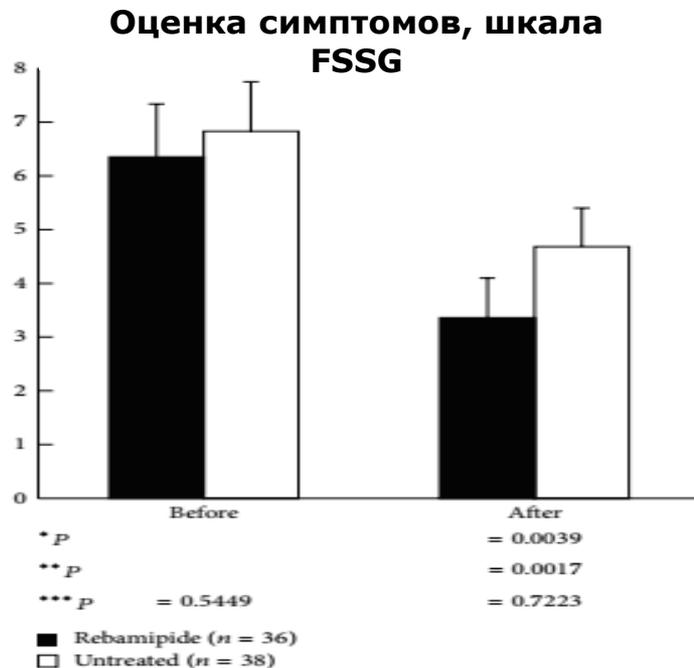
Ребамипид снижает:

- **Выраженность хронического воспаления**
- **Выраженность кишечной метаплазии и дисплазии легкой степени**

Rebamipide and moluodan. The effects of two other drugs on pathological findings has been investigated; the drugs were administered for 6–12 months following *H. pylori* eradication therapy if required.

Rebamipide, a free-radical scavenger, reduced inflammation, IM, and LGD in one RCT [174], and reduced chronic inflammation but not IM in another RCT [175]; the RCTs included a total of 280 patients. Moluodan, a preparation of Chinese medicine herbs, was associated with a decrease in the dysplasia score, with dysplasia disappearance reported in 24.6% of patients in an RCT (196 patients) [176]. Future studies should confirm these results before any recommendation can be made regarding these therapies.

РЕБАМИПИД УМЕНЬШАЕТ СИМПТОМЫ ДИСПЕПСИИ И УСТРАНЯЕТ ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА



- Лечение ребамипидом уменьшило хроническое воспаление в области малой кривизны тела по сравнению с таковой в группе, не получавшей лечения
- Ребамипид способствовал более быстрому восстановлению функции желудка

ПРИЁМ РЕБАМИПИДА АССОЦИИРОВАЛСЯ С УМЕНЬШЕНИЕМ СЛУЧАЕВ РАКА ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЕГО РАЗВИТИЯ

Август 2011 г. - Декабрь 2014 г.
(n = 50 055)

Число пациентов с
рецидивом рака желудка



- Безрецидивная выживаемость в группах с высокой и низкой дозой ребамипида составила более 98%
- Выявлена дозозависимость канцеропреентивного действия ребамипида
- Исследователи не отметили влияния высоких доз ребамипида на частоту нежелательных явлений

Динамическое наблюдение при АИГ

- **Оптимальный интервал наблюдения за АИГ неизвестен**
- **Пациентам с АИГ рекомендован интервал скрининга от 3 до 5 лет**
- **Скрининг НЭО желудка 1-го типа настоятельно рекомендуется пациентам с АИГ, а последующая эндоскопия должна проводиться каждые 1–2 года, если НЭО была диагностирована и удалена в анамнезе**
- **Пациентам с тяжелым атрофическим гастритом или положительным семейным анамнезом рака желудка проходить эндоскопическое наблюдение каждые 1–2 года**

Благодарю за внимание

