



КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ГАСТРОДУОДЕНИТ

Подготовила:
студентка группы 2602
Салеева Лейсан
Рафисовна



ОБЩАЯ

Хронический гастрит – **информация** **ведущий** процесс в слизистой оболочке желудка диффузного или очагового характера, сопровождающийся морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка с развитием её атрофии и нарушения регенерации, моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка.



ОБЩАЯ

Хроническая ~~информация~~ **ИНФОРМАЦИЯ**

хроническое

рецидивирующее заболевание,
сопровождающееся специфической
воспалительной и

структурной перестройкой СОЖ и ДПК
(очаговой или диффузной) и различными
секреторными и моторно-эвакуаторными
нарушениями.



Профиль: педиатрический
Этап: стационар

Код (коды) по МКБ-10:

K29.3 Хронический поверхностный гастрит

K29.4 Хронический атрофический гастрит

K29.5 Хронический гастрит неуточненный

K29.6 Другие гастриты



КЛАССИФИКАЦИЯ

«Сиднейская система»,

I. Морфологическая часть: **1990**

1. Диагноз, основанный на эндоскопическом исследовании:

- поверхностный (эритематозный), эрозивный, геморрагический;
- атрофический (умеренный, выраженный);
- гиперпластический.

2. Диагноз, основанный на гистологическом исследовании слизистой желудка:

- воспаление с эрозиями, кровоизлияниями;
- атрофический (умеренный, выраженный);
- нарушение клеточного обновления – метаплазия эпителия.

II. Этиологическая часть:



А.В. Мазурин и соавт., 1984 с дополнениями:

I. По происхождению: первичный и вторичный.

II. По наличию инфицированности *H.pylori*: есть, нет.

III. По распространенности патологического процесса:

1. Гастрит: ограниченный (антральный, фундальный), распространенный.

2. Дуоденит: ограниченный (бульбит), распространенный.

IV. По морфологическим формам поражения желудка и двенадцатиперстной кишки:

1. Эндоскопически: поверхностный, гипертрофический, эрозивный, геморрагический, субатрофический, смешанный.

2. Гистологически: поверхностный, диффузный (без атрофии, субатрофический, атрофический).

V. По характеру кислотообразующей и секреторной функции желудка: с повышенной функцией, с сохраненной функцией, с пониженной функцией.

VI. По дуоденогастральной рефлюксе (есть, нет)



ДИАГНОСТИКА

- **Жалобы и анамнез:**

характер боли: ранняя (при гастрите) или поздняя (при дуодените); локализация боли – в эпигастральной и пилородуоденальной областях, возможна иррадиация в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку;

- диспепсический синдром (отрыжка, изжога, тошнота, снижение аппетита, редко – рвота).

Анамнез: отягощённая наследственность по гастродуоденальной патологии; характер питания (нарушение режима питания, злоупотребление острой, копченой, жареной пищей, газированных напитков и сухоедение);

- прием лекарств (глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики);

- выявление стрессовых факторов в окружении ребенка; наличие очагов хронической инфекции: тонзиллиты, гаймориты, холециститы, кариозные зубы, туберкулез.



ДИАГНОСТИКА

- **Физикальное обследование:**
 - умеренно выраженные симптомы хронической интоксикации и вегетативные нарушения: слабость, утомляемость, головная боль, нарушение сна, локальный гипергидроз;
 - характер боли:
 - при гастрите: боль ранняя;
 - при дуодените: поздняя, возникающая натощак, спустя 1,5-2 ч после приёма пищи или ночные боли;
 - болезненность в эпигастральной, пилородуоденальной и в области пупка;
 - метеоризм, урчание и ощущение «переливания» в животе.
- **Лабораторные исследования:** наличие *H.pylori*.

Инструментальные исследования: эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДПК (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.).



- **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**
 - • ОАК
 - • ОАМ;
 - • биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ);
 - • неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (ХЕЛИК-тест);
 - • определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* (HP) в сыворотке крови ИФА-методом;
 - • УЗИ органов брюшной полости;
 - • обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом;
 - • Кoproграмма: симптомы нарушенного пищеварения (определение нейтрального жира, непереваренных мышечных волокон), скрытая кровь в кале (гемокульт-тест) экспресс методом может быть положительным.



- **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**
 - обнаружение *Helicobacter pylori* в биологическом материале методом ПЦР;
 - гистологическое исследование биоптата СОЖ и ДПК на *H.pylori*;
 - биохимический анализ крови (определение сывороточного железа);
 - ФЭГДС; отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.;
 - ЭКГ;
 - исследование кала на гельминты и простейшие;
 - исследование перианального соскоба.



• **Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:**

- • ОАК (6 параметров);
- • ОАМ;
- • биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ);
- • исследование кала на гельминты и простейшие;
- • исследование перианального соскоба.

• **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**

- • ОАК (6 параметров);
- • ОАМ;
- • биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ);
- • ФЭГДС;
- • неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (ХЕЛИК-тест);
- • определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* (HP) в сыворотке крови ИФА-методом;
- • УЗИ органов брюшной полости;
- • дуоденальное зондирование;
- • обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом;
- • исследование кала (копрограмма):



- **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):**
 - обнаружение *Helicobacter pylori* в биологическом материале методом ПЦР;
 - гистологическое исследование биоптата СОЖ и ДПК;
 - биохимический анализ крови (определение общего белка, белковых фракций, альфа-амилазы);
 - определение фолатов (витамина В 12) методом иммунохемилюминисценции;
 - ЭКГ;
 - суточная рН метрия эндоскопическим методом;
 - бактериологическое определение *Helicobacter pylori*, выявление его чувствительности к лекарствам и антибиотикорезистентности.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ПРИЗНАКИ	АУТОИМУННЫЙ ГАСТРИТ	ХЕЛИКОБАКТЕРНЫЙ ГАСТРИТ
Преимущественная локализация	Дно, тело желудка	Антральный отдел желудка
Воспалительная реакция	Слабо выражена	Выражена значительно, гастрит активный
Атрофия желудочного эпителия	Слабо выражена	Вторичная
Наличие эрозий слизистой оболочки желудка	Не характерно	Очень часто
Helicobacter pylori	Нет	Есть
Наличие антител к Helicobacter pylori в крови	Нет	Есть
Сочетание с язвенной болезнью	Не характерно	Очень часто
Малигнизация	Крайне редко	Часто



ЛЕЧЕНИЕ

1. Уменьшение избыточного воздействия агрессивных факторов путем их ликвидации (эрадикация *H.pylori*) и нейтрализации непосредственно в просвете желудка, и нормализация секреторно-моторной деятельности желудка.
2. Повышение качества защитных свойств слизистой оболочки (СО) желудка и двенадцатиперстной кишки путем усиления образования слизи, стимуляции секреции бикарбонатов в антральном отделе желудка, улучшением трофики СО, нормализации ее репаративных свойств и т.д.
3. Воздействие на вегетативную нервную систему с целью коррекции нарушенного равновесия между ее симпатическим и парасимпатическим отделами.



Диета:

- диета №1А на 5-7 дней: молоко (при переносимости), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли;
- диета №1Б на 14 дней: с расширением диеты – сухари, мясо, рыба, каши протертые, супы из круп на молоке, соль в умеренном количестве;
- диета №1: с соблюдением принципа механического и химического щажения;
- диета №4 (безмолочная диета) – если ребенок получает коллоидный висмут трикалия дицитрат;
- диета №2 – при ХГД с секреторной недостаточностью;
- при повышенной кислотности используют продукты с высокой буферностью (молоко, блюда из овсянки, варёная говядина, телятина).

Длительность щадящей диеты зависит от эффективности терапии, при улучшении состояния диету расширяют. В стадии клинико-лабораторной ремиссии рекомендуется чередование диет №5 и №15 с исключением плохо переносимых продуктов.

Питание дробное, 5-6 раз в сутки. Хороший эффект оказывает включение в рацион пищевых волокон (пшеничные отруби в суточной дозе (возраст+5г) в течение одного месяца).

Лечебно-охранительный режим.



- **Препараты для эрадикационной терапии первой линии:**
- • ИПП+амокксициллин+имидазол (метронидазол, тинидазол);
- • ИПП+амокксициллин+кларитромицин;
- • соли висмута+амокксициллин+имидазол.
- Продолжительность трехкомпонентной терапии – 10 дней.

•ИПП:

- Омепразол – новорожденные 700мкг/кг 1раз в день, при необходимости после 7-14 дней до 1,4 мг/кг. От 1 мес до 2 лет 700мкг/кг 1раз в день, при необходимости до 3 мг/кг (максимально 20мг); дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день; дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день, при необходимости 40мг.
- Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола.
- Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.

Трехкомпонентная терапия:

- Омепразол по 20 мг (или лансопразол 30мг, или эзомепразол 20мг) + кларитромицин 7,5 мг/кг (max-500 мг) + амоксициллин 20-30мг/кг (max 1000 мг) или метронидазол 40мг/кг (max500 мг);
- Соблюдение терапии и побочные эффекты должны контролироваться.



- **Терапия второй линии (квадротерапия)** назначается в случае неэффективности препаратов первой линии с дополнительным включением коллоидного субцитрата висмута (висмута трикалия дицитрат):
 - 4-8 мг/кг (max 120 мг) 3 раза в день за 30 мин. до еды и 4-ый раз спустя 2 часа после еды, перед сном внутрь. Детям старше 12 лет – 120 мг 4 раза в сутки (за 30 мин до еды и перед сном) или 240 мг 2 раза в сутки; детям от 8 до 12 лет – 120 мг 2 раза в сутки; детям от 4 до 8 лет — в дозе 8 мг/кг/сут в 2 приема.
 - Курс – 4-8 недель, в течение следующих 8 недель не следует применять препараты, содержащие висмут; повторный курс – через 8 недель.
 - Включение **цитопротекторов** (сукральфат, висмута трикалия дицитрат, висмута субгаллат) потенцирует антихеликобактерное действие антибиотиков.



- **Прокинетики** (с целью нормализации двигательной функции двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей):
 - домперидон 0,25-1,0 мг/кг 3-4 раза в день за 20-30 мин. до еды, продолжительностью лечения не менее 2 недель.
 -
- **Блокатор М-холинорецепторов** (с целью снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции пищеварительных желез):
 - гиосцин бутилбромид 10 мг 3 раза в сутки за 20-30 мин. до еды или внутримышечно до ликвидации болевого синдрома.
 - при недостаточной эффективности для купирования болей используется 0,2% раствор платифиллина в разовых дозах: 1-5 лет – 0,015 мл/кг, 6-10 лет – 0,0125 мл/кг, 11-14 лет – 0,01 мл/кг.



•Профилактические мероприятия

- Первичная профилактика включает мероприятия, направленные на нормализацию функций пищеварительной системы и организма в целом: режим и лечебное питание, отказ от вредных привычек, обследование на гельминтозы, санация полости рта.
- Вторичная профилактика предусматривает противорецидивную терапию. Проводится в периоды, предшествующие предполагаемому обострению и включает диетическое питание в соответствии с клинико-эндоскопической стадией воспалительного процесса в СОЖ желудка и ДПК, лечебную физкультуру, водные процедуры, повышение физической активности, закаливание, советы родителям по оздоровлению обстановки дома и в школе



- **Дальнейшее ведение** [8] Частота осмотров педиатром – 1 раз в квартал в течение первого года диспансерного наблюдения, далее при стойкой ремиссии – 2 раза в год.
- Осмотры отоларинголога, стоматолога – 2 раза в год.
- В период обострения проводится медикаментозное лечение.
- Осмотр гастроэнтеролога 2 раза в год (в осенне-весенний период) и назначение противорецидивных курсов терапии «по требованию» при возникновении тех или иных симптомов заболевания.
- ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, амилаза) – 2 раза в год.
- ФЭГДС с биопсией – при наличии медицинских показаний.
- ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости – при наличии медицинских показаний.
- **Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:**
 - достижение клинико-эндоскопической ремиссии;
 - эрадикация *H. pylori* инфекции.



ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Показания для госпитализации:

1. Признаки обострения заболевания (болевой синдром, диспепсия).
2. Частые рецидивы заболевания.
3. Неэффективность амбулаторного лечения.

• Показания для экстренной госпитализации:

- - остро возникший болевой синдром и диспепсия.