

# Хронический гастрит у детей



Выполнила студентка группы 3-5  
Хаджиева Анна Руслановна

# Определение

Хронический гастрит (ХГ) – хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой оболочки желудка (СОЖ) с нарушением процессов физиологической регенерации, нарушение секреторной, моторной, нередко инкреторной функции желудка, возможностью развития атрофии, а также наличием определенной клинической симптоматики.

Распространенность ХГ в России составляет в среднем 100-150 случаев на 1000 детей.

# ЭТИОЛОГИЯ

Основными причинами развития ХГ у детей являются:

- инфекционный фактор- *Helicobacter pylori* (Hp)
- медикаментозный фактор – прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), кортикостероидов, сульфаниламидов и др.
- наличие дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР)
- сочетание выше перечисленных факторов
- длительное персистирование в организме вирусных инфекций : ЦМВИ, гепатита, ВПГ, ВЭБ в сочетании с *Helicobacter pylori*
- некоторые заболевания: болезнь Крона, целиакия, туберкулез др.
- аутоиммунный фактор.

# Факторы риска ХГ:

- ❑ перинатальная гипоксия;
- ❑ раннее искусственное вскармливание;
- ❑ перенесенные в тяжелой форме острые кишечные инфекции: ротавирусная инфекция, сальмонеллез, шигеллез и другие;
- ❑ наличие очагов хронической инфекции;
- ❑ аллергические заболевания;
- ❑ нарушение моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК);

## □ алиментарный:

- хронически беспорядочное питание;
- одновременное чередование горячей, холодной и острой пищи;
- поступление ксенобиотиков, пищевых красителей, повышенное содержание нитратов, тяжелых металлов в питьевой воде и продуктах питания;
- влияние радионуклеидов

- наследственная предрасположенность:
  - тип вегетативной нервной системы и наличие вегето-сосудистой дистонии;
  - особенности строения слизистой оболочки желудка (СОЖ);
  - следствие «а» и «б» : гастринемия, гиперхлоргидрия, гиперпепсиногенемия;
  - наличие фенотипов генов HLA DOA1, HLA DRB1\*0416, HLA DRB1\*0716.

# Классификация ХГ

(Сиднейская классификация)

## 1. **Этиология:**

- аутоиммунный;
- ассоциированный с *Helicobacter pylori*;
- реактивный (медикаментозный, ДГР);
- смешанный;
- идиопатический;
- особые формы (грануломатозный, лимфоцитарный, эозинофильный).

## 2. **Локализация:**

- антральный;
- пангастрит;
- фундальный;

### 3. Эндоскопия (морфология):

- неатрофический;
- атрофический;

### 4. Активность процесса:

- активная фаза;
- неактивная фаза.



# Диагностика ХГ

Диагноз ставят на основании:

1. Жалоб, которые можно объединить в 3 синдрома:
  - болевым
  - диспепсический
  - астеновегетативный
2. Анамнестических данных;
3. Объективных данных;
4. Дополнительных методов исследования.

# Стандарт диагностики ХГ у детей

Лабораторно-инструментальные методы:

- Общий анализ крови;
- Биохимическое исследование крови (общий билирубин и фракции, АсТ, АлТ, щелочная фосфотаза, амилаза, липаза).
- Исследование крови на маркеры гепатита;
- Исследование крови ИФА на наличие глистной инвазии;
- Исследование кала на наличие кишечной инфекции;

- Исследование кала на яйца глистов;
- Копрологическое исследование кала;
- Общий анализ мочи;
- УЗИ желчевыводящих путей (печени, желчного пузыря с желчегонным завтраком), поджелудочной железы;
- Эзофагогастрофибродуоденоскопия (ЭФГДС) с прицельной биопсией СОЖ;
- Исследование на Нр не менее чем двумя методами;
- Внутрижелудочная РН-метрия;
- Метод наружной электрогастрографии (ЭГГ).

# Дифференциальная диагностика ХГ по локализации

Синдромы	Антральный гастрит	Пангастрит
Болевой :	Выражен, чаще в пилородуоденальной зоне, появляется через 30-40 мин после приема пищи.	Не выражен, появляется через 15-20 мин после приема обильной или острой пищи в эпигастрии и области пупка.
Диспептический:		
тошнота	Утром натощак или после приема пищи	
рвота	Связана с погрешностями в диете (кукуруза, виноград)	
изжога	есть	редко
Горечь во рту	При наличии дуодено-гастрального рефлюкса	

# Лечение ХГ

Выделяют 3 этапа в лечении:

1 этап: гастроэнтерологическое или соматическое отделение, допустимо лечение в амбулаторно-поликлинических условиях при строгом соблюдении всех рекомендаций;

2 этап: лечение в реабилитационных центрах, санаториях местного значения или амбулаторно-поликлиническое;

3 этап: диспансерное наблюдение гастроэнтеролога поликлиники.

# Питание при ХГ

Лечебное питание назначается адекватно тяжести больного- щадящий вариант диеты до 30 дней: умеренное ограничение химических и механических раздражителей СОЖ и рецепторного аппарата ЖКТ, исключая острые закуски, приправы, пряности, ограничивая NaCl.

Блюда готовятся в отварном виде или на пару, температура пищи от 15 до 60-65<sup>0</sup>С. Объем жидкости 1.0-1.5л. Ритм питания дробный, 5-6 раз в день.

# Питание при ХГ

Больным с повышенной кислотообразующей функцией запрещают сокогонные напитки (газированные, черный кофе, крепкий чай), а также блюда богатые экстрактивными веществами (наваристые супы, бульоны, уха).

Детям с секреторной недостаточностью рекомендуют некрепкие мясные и рыбные бульоны, овощные отвары и супы на их основе (овощные или крупяные), мясо, рыба в рубленом виде или куском, фруктово-ягодные соки, кисели, желе, муссы. Если ребенок принимает препараты ВИСМУТА или ингибитор протонной помпы (ИПП), то ему показана безмолочная диета.

# Выбор медикаментозной терапии

Зависит от ряда причин:

- выраженности клинических проявлений заболевания;
- ассоциации с Нр-инфекцией;
- ассоциации с ДГР;
- функционального и морфологического состояния желудка и вегетативного статуса;
- вовлечения в патологический процесс других органов и систем, особенно со стороны ЖКТ;
- анализа результатов предыдущего лечения.



# 1 этап лечения

Цель лечения:

1. Устранение клинических симптомов.
2. Эрадикация *Helicobacter pylori* (при его обнаружении) – в соответствии с положениями Европейских рекомендаций по ведению Нр-инфекции у детей (МААСТРИХТ, РИМ ,2000,2005, 2010, 2015).
3. Коррекция секреторных и моторных нарушений.

# 1. Хронический неатрофический, реактивный, ассоциированный с ДГР или НПВП, гастрит, активная фаза.

## □ ПРОКИНЕТИКИ:

Домперидон (Мотилиум)

Метаклопрамид (Церукал)

Итоприд (Ганатон)

## □ МИОТРОПНЫЕ СПАЗМОЛИТИКИ:

Дротаверин (Но-шпа, Спазмол)

Мебеверин (Дюспаталин)

Пинавериум бромид (Дицетел)

## □ ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ (ИПП)

Омес (Омепразол)

Лансопразол

Пантопразол

Эзомепразол (Нексиум)

Рабепразол (Париет)

## □ H<sub>2</sub>-ГИСТАМИНОБЛОКАТОРЫ:

Ранитидин (Зантаг)

Фамотидин (Квамател)

- ❑ БЛОКАТОРЫ М-холинорецепторов:
  - Пирензепин (Гастроцепин)
  - Гиосцина бутилбромид (Бускопан)
  - Прифиния бромид (Риабал)
- ❑ АНТАЦИДЫ:
  - Алмагель-нео, маалокс,  
фосфалюгель, алюмаг, гастал,  
гастрогель, гевистон, мегалак,  
рутацид, топалкан.

## □ ЦИТОПРОТЕКТОРЫ ПРИ ЭРОЗИВНЫХ ХГ:

- Висмута трикалия дицитрат (Де-нол)
- Сукральфат

Принимать за 30 минут до еды, Де-нол не запивать молоком и нельзя принимать одновременно с антацидами.

# Физиотерапия ХГ:

- Лазертерапия
- Магнитно-лазерная терапия
- Индуктотермия
- Электрофорез и фонофорез на эпигастральную область.

## 2. Хронический неатрофический, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, антральный или пангастрит, активная фаза.

В плане лечения, при необходимости, остаются все вышеперечисленные препараты, диета, охранительный режим, спазмолитики, антациды, физиотерапия, но обязательно должна проводиться антихеликобактерная терапия по рекомендуемым стандартам Маастрихт 1 (1996), 2 (2000), 3 (2005), 4 (2010), 5 (2015) и IX съезда педиатров России (2002), в которых утверждены препараты для лечения хеликобактериоза у детей.

# Терапия первой линии

Трехкомпонентная терапия с висмута трикалия дицитратом (Де-нолом):

Де-нол + амоксициллин (флемоксин солютаб)

или

кларитромицин + нифурател

или

Де-нол + амоксициллин (флемоксин солютаб) + кларитромицин



# Трехкомпонентная терапия с ИПП:

- Омез/рабепразол/эзомепразол + кларитромицин + фуразолидон или нифурател
- Омез/рабепразол/эзомепразол + амоксициллин (флемоксин солютаб) + кларитромицин.

Рекомендуемая и наиболее распространенная схема:

- Де-нол + амоксициллин (флемоксин солютаб) + кларитромицин.

# Терапия второй линии – четырёхкомпонентная терапия («квадротерапия»)

Де-нол + амоксициллин  
(флемоксин солютаб) +  
кларитромицин + нифурател (или  
фуразолидон) + ИПП  
(омепразол).

Курс терапии – 10-14 дней.

### 3. Хронический аутоиммунный атрофический пангастрит.

1. Лечение основного заболевания: аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет, ВЭБ и др. на основе которых возник ХГ.
2. Лечебное питание.
3. Миоспазмолитики.
4. Обволакивающие и вяжущие растительные средства:
  - препараты подорожника (плантаглюцид или сок подорожника)
  - настои трав (тысячелистника, зверобоя, ромашки).

5. С заместительной целью:
- натуральный желудочный сок
  - ацидин пепсин
  - пепсидил
6. Комплекс витаминов группы В
- В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>3</sub>, В<sub>5</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>
  - нейромультивит (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>)
  - фолиевая кислота
  - витамины А, Е, И.

7. Адаптогены:

- настойка жень-шеня
- элеутерококк

8. Биостимуляторы обменных процессов:

- карнитина хлорида 20% раствор
- элькар (левокарнитин)
- милдронат
- апилак
- прополис

Ребенок с ХГ подлежит снятию с диспансерного учета при условии 5-летней полной клинико-эндоскопически-морфологической ремиссии.

**Спасибо за  
внимание!**

