ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ «ЕВПАТОРИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

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 СИМПТОМОТИКИ.

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

Этиология

Основными причинами развития ХГ у детей являются:

- инфекционный фактор- Helicobakter 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

- наследственнаяпредрасположенность:
 - тип вегетативной нервной системы и наличие вегетососудистой дистонии;
 - особенности строения слизистой оболочки желудка (COЖ);
 - следствие «а» и «б» : гастринемия, гиперхлоргидрия, гиперпепсиногенемия;
 - наличие фенотипов генов HLA DOAI, 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:
 - -болевой
 - -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), поджелудоч-ной железы;
- Эзофагогастрофибродуоденоскопия (ЭФГДС) с прицельной биопсией СОЖ;
- Исследование на Нр не менее чем двумя методами;
- Внутрижелудочная РН-метрия;
- Метод наружной электрогастрографии (ЭГГ).

Дифференциальная диагностика XГ по локализации

Синдромы	Антральный гастрит	Пангастрит
Болевой:	Выражен, чаще в пилородуоденальнй 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°C. Объём 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;
- ассоциаций 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 Нринфекции у детей (МААСТРИХТ, РИМ ,2000,2005, 2010, 2015).
- 3. Коррекция секреторных и моторных нарушений.

1. Хронический неатрофический, реактивный, ассоциированый 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)

Омез (Омепразол)

Лансопразол

Пантопразол

Эзомепразол (Нексиум)

Рабепразол (Париет)

Н₂- 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 XГ:
 - Висмута трикалия дицитрат (Денол)
 - 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 рекомен-дуемым 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

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 – четырехкомпонентная терапия («квадротерапия»)

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

Курс терапии – 10-14 дней.

3. Хронический аутоиммунный атрофический пангастрит.

- 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
 - B₁, B₂, B₃, B₅, B₆, B₁₂
 - нейромультивит (B₁, B₆, B₁₂)
 - 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 XГ подлежит снятию с диспансерного учета при условии 5-летней полной клинико-эндоскопическиморфологической ремиссии.

Спасибо за внимание!

