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 симптоматики.

Распространенность ХГ 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

- 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 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 ХГ 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^{0}С. 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;
- ассоциации с Hp-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 Hp-инфекции 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.

- <u>ПРОКИНЕТИКИ:</u>
  Домперидон (Мотилиум)
  Метаклопрамид (Церукал)
  Итоприд (Ганатон)
- <u>МИОТРОПНЫЕ СПАЗМОЛИТИКИ:</u>
  Дротаверин (Но-шпа, Спазмол)
  Мебеверин (Дюспаталин)
  Пинавериум бромид (Дицетел)

- ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ (ИПП)

  Омез (Омепразол)

  Лансопразол

  Пантопразол

  Эзомепразол (Нексиум)

  Рабепразол (Париет)
- H_2- 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 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

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 – четырехкомпонентная 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

   - B_1, B_2, B_3, B_5, B_6, B_{12}

   - нейромультивит (B_1, B_6, B_{12})

   - 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!