

**ГАСТРИТЫ  
ЯЗВЕННАЯ  
БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ**

# Хронический гастрит

хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением процессов физиологической регенерации, со склонностью к прогрессированию, развитию атрофии и секреторной недостаточности.

Патологический процесс у детей не ограничивается желудком, а, как правило, захватывает и двенадцатиперстную кишку, что подтверждает обоснованность использования термина "гастродуоденит"

# Эпидемиология

**Обращаемость детей в лечебно-профилактические учреждения по поводу болезней органов пищеварения не отражает истинной распространенности этой патологии.**

**С наибольшей частотой она выявляется в возрасте 3-4 и 7-8 лет. Хронические заболевания желудка у детей, длительное время не диагностированные и протекающие без проведения соответствующего лечения, обуславливают снижение качества жизни, повышение заболеваемости и инвалидизации взрослого населения. Установлено, что формирование язвенной болезни у 40-60% взрослых начинается в детском возрасте.**

# Эпидемиология

# ЭТИОЛОГИЯ

- **нарушение режима и рациона питания: после перенесенного острого воспаления желудка.** В данном случае причиной хронизации заболевания чаще всего является неправильное лечение острого процесса и преждевременный отказ от диетического режима питания.
- В отдельных случаях причиной развития хронического гастрита может стать **пищевая аллергия**, то есть непереносимость некоторых пищевых продуктов.
- Определенную роль играет **наследственная предрасположенность** - генетически детерминированная склонность к заболеваниям желудка.
- Причиной хронического гастрита могут послужить **заболевания других органов пищеварительного тракта** (холециститы, колиты, гепатиты, панкреатиты и др.), а также другие очаги хронической инфекции в организме ребенка (гайморит, тонзиллит, кариес, заболевания почек, пневмонии, туберкулез, ревматизмы и др.).
- Кроме того, хронический гастрит может развиваться на фоне **неврозов и патологии эндокринной системы**.
- Следует помнить, что **длительный прием некоторых лекарственных средств** может спровоцировать хроническое воспаление слизистой оболочки желудка. К числу таких провокаторов относятся глюкокортикоидные гормоны, салицилаты, цитостатические препараты, антибиотики, резерпин и целый ряд других медикаментозных препаратов.
- Причиной заболевания могут стать **лямблиоз и глистная инвазия** у ребенка.
- Важное значение в этиологии заболевания имеет **отрицательный эмоциональный фон**: конфликты в семье, неприятные разговоры и обстановка во время приема пищи и т.д.
- В последнее время ведущая роль в развитии и прогрессировании хронического гастрита придается инфекционному агенту **Helicobacter pylori (HP)**, спиралевидной бактерии с наличием четырех-шести жгутиков, обнаруженной австралийскими исследователями Warren и Marshall в 1983 г.



# Язвенная болезнь

Язвенная болезнь как самостоятельная нозологическая единица обрела самостоятельность благодаря работам Ж.Крювелье в начале XIX века. Однако до сегодняшнего дня не существует единого общепризнанного определения данного заболевания.

**В Международной классификации болезней X пересмотра отсутствует ЯБ, как нозологическая форма, а выделяются только язва желудка и язва ДПК.**

Отечественная медицинская школа, всегда ратовавшая за нозологический подход к патологии, рассматривает ЯБ как заболевание с очень сложными этиопатогенетическими взаимоотношениями и определяет ее как "хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишки (Мазурин А.В. и др., 1984).



# Эпидемиология

Известно, что ЯБ в 7 раз чаще встречается у школьников, чем у дошкольников и в 2 раза чаще у городских детей, нежели сельских.

В структуре ЯБ у детей преобладают язвы ДПК - бульбарные и постбульбарные (81-85%), значительно реже встречаются язвы желудка (13%), еще реже - сочетанные язвы желудка и ДПК (4-6%). У людей молодого возраста соотношение язв желудка и ДПК составляет 1:13 (20), в то время как после 60 лет - 1:1.

Более половины всех случаев ЯБ составляют дети старшей школьной группы; существенных половых различий не отмечено.



# Этиология

1. **наследственно-конституциональный фактор;**
2. **экзогенные факторы;**
3. **эндогенные факторы.**

# ЭТИОЛОГИЯ

## Наследственная предрасположенность

Является одной из важнейших причин развития ЯБ. По разным данным, от 20% до 70% детей с ЯБДК имеют родителей или ближайших родственников, страдающих этим же заболеванием.

### Генетические маркеры ЯБ

1. принадлежность к 0 (I) группе крови и сопутствующая ей гиперплазия обкладочных клеток;
2. так называемый несекреторный статус (неспособность выделять со слюной и желудочным соком антигены системы АВН, которые отвечают за выработку гликопротеинов СОЖ);
3. недостаток фукогликопротеинов в желудочной слизи;
4. высокое содержание пепсиногена 1 в крови;
5. высокие показатели содержания ацетилхолина и холинэстеразы в сыворотке крови;
6. гиперплазия G-клеток антрального отдела желудка с гиперпродукцией гастрина;
7. выявление антигенов системы HLA - B5, B15, B35 и др. Наследственная предрасположенность реализуется чаще по отцовской линии (Волков А.И., 1999), однако имеются данные о том, что некоторые формы ЯБ, в частности, вариант, протекающий с высоким содержанием пепсиногена 1 в сыворотке крови, сцеплен с X-хромосомой и передается по материнской линии (Новик А.В., 1992).

# ЭТИОЛОГИЯ

## Эндогенные факторы.

1. **нервно-рефлекторное воздействие на желудок и ДПК со стороны других пораженных органов ЖКТ (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника), а также сердечно-сосудистой, мочевыделительной, эндокринной систем.**
2. **Формирующиеся при этом патологические висцеро-висцеральные рефлексы нарушают регуляцию гастродуоденальной зоны, вызывают дискоординацию секреторной и моторной функций желудка и ДПК.**

# ЭТИОЛОГИЯ

## Экзогенные факторы.

- ❑ нервно-эмоциональное напряжение,
- ❑ нарушение режима дня и питания, грубые алиментарные погрешности, употребление рафинированных продуктов, не обладающих достаточной буферной способностью, еда всухомятку, быстрая еда и т.д.
- ❑ недостаток в пище микроэлементов, витаминов, белка.
- ❑ длительный и беспорядочный прием медикаментов (нестероидных противовоспалительных препаратов, салицилатов, некоторых антибиотиков, сульфаниламидов).
- ❑ снижение сопротивляемости организма ребенка после перенесенных заболеваний,
- ❑ наличие очагов хронической инфекции, глистно-паразитарная инвазия.

# ЭТИОЛОГИЯ

## Экзогенные факторы

- ❑ Одним из важнейших экзогенных (инфекционных) факторов в настоящее время считается НР. По данным С.В. Бельмера (1999 г), он обнаруживается у 87%, а по данным Е.А. Корниенко (1999 г)- у 99,8% детей, страдающих ЯБ.
- ❑ В целом концепция о доминирующей роли НР в генезе ЯБ не выглядит столь однозначно с позиций педиатра
- ❑ Необходимо отметить, что существует точка зрения о сапрофитной роли НР, блокирующая саму идею необходимости проведения антихеликобактерной терапии
- ❑ существующие в настоящее время более 40 штаммов НР имеют различную степень вирулентности, и чаще всего неизвестно, какой именно штамм определяется у ребенка.

На характер и выраженность воспалительных изменений в гастродуоденальной зоне влияет не столько сам факт инфицирования НР, сколько

1. характер штамма;
2. характер иммунного ответа макроорганизма;
3. степень обсемененности слизистой оболочки бактериями;
4. длительность инфицирования;
5. генетическая предрасположенность

(Корниенко Е.А. и др., 2003).

# Патогенез



## Факторы защиты

1. Слизистый гель.
2. Активная регенерация.
3. Достаточное кровоснабжение.
4. Антродуоденальный кислотный тормоз.
5. Выработка бикарбонатных ионов.

## Факторы агрессии

1. Кислотно-пептический фактор.
2. Травматизация.
3. Гастродуоденальная дисмоторика.
4. Литическое действие желчных кислот.
5. НР-инфекция.
6. Лекарственные препараты.



# КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (Мазурин А.В. и др., 1984, с дополнениями)

## I. По локализация:

- В желудке К 25
  - фундальная
  - антральная
  - антро-пилорическая
- В двенадцатиперстной кишке К 26
  - луковица
  - постбульбарный отдел
- Сочетанная гастродуоденальная R 27

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (Мазурин А.В. и др., 1984, с дополнениями)

## II. По течению

- ❑ впервые выявленная
- ❑ редко рецидивирующая (ремиссии более 3 лет)
- ❑ часто рецидивирующая (ремиссии менее 3 лет)
- ❑ непрерывно-рецидивирующая (ремиссии менее 1 года)

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (Мазурин А.В. и др., 1984, с дополнениями)

## III. Тяжесть течения

- легкое
- средней тяжести
- тяжелое

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (Мазурин А.В. и др., 1984, с дополнениями)

## IV. Эндоскопическая стадия

- I стадия - свежая язва
- II стадия - начало эпителизации
- III стадия - заживление язвы:
  - без образования рубца
  - с формированием рубца
- IV стадия - клинико-эндоскопическая ремиссия

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (Мазурин А.В. и др., 1984, с дополнениями)

## V. Инфицирование НР

- НР - позитивная
- НР - негативная

## VI. Фазы

1. обострение
2. неполная клиническая ремиссия
3. клиническая ремиссия

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (Мазурин А.В. и др., 1984, с дополнениями)

## VII. Осложнения

1. кровотечения (К 25.0 - для ЯБЖ, К 26.0 - для ЯБДК,  
К 27.0 - сочетанная локализация)

1. перфорация (К 25.1 - для ЯБЖ, К 26.1 - для ЯБДК, К 27.1 -  
сочетанная локализация)

2. пенетрация

3. стеноз

4. перивисцерит

5. рубцово-язвенная деформация ДПК

## *Пример диагноза:*

**Ds:** язвенная болезнь (язва луковицы двенадцатиперстной кишки), впервые выявленная, НР(+), в стадии "свежей язвы" и фазе обострения.

**Осложнение:** постгеморрагическая анемия.



# Клиническая картина

Клиническая симптоматика у детей с ЯБДК зависит от фазы заболевания, степени выраженности гастродуоденита и моторных нарушений (ГЭР, ДГР).

В комплексе жалоб детей с ЯБ необходимо выделять **3 основных синдрома:**

- 1. болевой,**
- 2. диспепсический,**
- 3. астеновегетативный.**

# Болевой синдром

- Боли, как правило, носят приступообразный, реже - ноющий характер;
- боли обычно средней продолжительности или длительные,
- локализация в эпигастральной, пилородуоденальной областях или в области пупка.

Типичный **мойнигановский ритм боли** (голод - боль, пища - облегчение) отмечается обычно в фазу обострения заболевания, но не чаще чем у **каждого четвертого больного**.

**У большинства детей даже в острую фазу не удается выявить четкой связи с приемом пищи; боли носят несистематический характер, возникая в разное время суток без отчетливого провоцирующего фактора.**

Тем не менее, определенное диагностическое значение имеют **боли натощак**, частично купирующиеся приемом пищи, и "**поздние отсроченные боли**", возникающие через **2-3 часа после еды**. **Ночные боли** характерны для небольшого числа детей (10-15%), в основном старшего школьного возраста. Редко отмечается иррадиация боли в поясничную область и зону правого подреберья.

# Диспепсический синдром

Диспепсические жалобы у детей также **более выражены в фазу обострения ЯБДК**. Как правило, преобладают:

- тошнота,
- изжога,
- отрыжка,
- рвота
- у 1/3 детей отмечаются периодические запоры,
- неустойчивый стул встречается примерно у каждого десятого пациента.
- аппетит у большинства больных с ЯБДК **сохранен или повышен**.

# Астеновегетативный синдром

Признаки астеновегетативного синдрома выявляются более чем у половины больных и представлены

- головными болями,
- быстрой утомляемостью, раздражительностью,
- общим недомоганием.

Более чем у  $2/3$  больных выявляются признаки вегетативной дистонии с преобладанием парасимпатикотонии:

- повышенная потливость,
- красный-стойкий дермографизм, артериальная гипотензия,
- брадикардия и т.д.

У некоторых больных, особенно с длительным язвенным "стажем", формируются характерные черты личности:

- эмоциональная лабильность,
- легкая ранимость,
- повышенная возбудимость,
- эгоцентризм и др.

# Диагностика

"Золотым стандартом" диагностики ЯБ остается **эндоскопический метод** с обязательным гистологическим исследованием, кроме того, в качестве вспомогательных методов могут быть использованы как рентгенографический, так и УЗИ диагностика.

# Другие методы диагностики

1. **Внутрижелудочная рН-метрия** ("Гастроскан-5", БИИ и др.)
2. **Рентгенологическая диагностика ЯБДК у детей** применяется в тех случаях, когда по каким-то причинам нет возможности выполнить эндоскопическое исследование, а также в случаях развития осложнений (грубая деформация и стеноз ДПК).

Прямыми рентгенологическими критериями язвы являются:

- ниша на контуре или на рельефе,
- воспалительный вал вокруг язвенного кратера,
- признаки втяжения на противоположной язве стенке,
- дивергенция складок слизистой по направлению к нише и
- типичная форма деформации луковицы (Ипатов Ю.П., 1996).

## **3. Методы диагностики *Helicobacter pylori***

# Методы диагностики Helicobacter pylori

1. **Бактериологический метод** основан на идентификации НР путем посева из биоптата СОЖ на специальную среду (Стюарта, Кэрри-Блер, Био Мерье). Отличается высокой специфичностью (до 100%), дает возможность выделять чистую культуру, определять чувствительность к антибиотикам, однако сложен для выполнения и требует наличия дорогостоящего оборудования.



# Методы диагностики Helicobacter pylori

- **Гистологический метод** относится к "золотому стандарту" диагностики НР и позволяет идентифицировать бактерии в биоптате СОЖ. Отличается высокой специфичностью (97%) и чувствительностью (до 90%), однако также требует специальных лабораторных условий для проведения.

# Методы диагностики Helicobacter pylori

- **Цитологический метод** предполагает специальную обработку биоптатов СОЖ (высушивание, окраска по Романовскому-Гимзе). Метод достаточно объективен, позволяет судить об активности воспалительного процесса в слизистой оболочке, определять микробное число.

# Методы диагностики Helicobacter pylori

- **Уреазный метод** основан на определении фермента уреазы биохимическим способом путем помещения биоптата в диагностическую среду, содержащую индикатор и мочевины. Существует много разновидностей этого теста; одной из самых доступных является "хелпил-тест" (Корниенко Е.А., Милейко В.Е., 1996).

# Методы диагностики Helicobacter pylori

5. **Дыхательный тест** проводится с помощью радионуклидного метода с использованием мочевины, меченой радионуклидами углерода  $^{13}\text{C}$ ,  $^{14}\text{C}$ .

Метод крайне дорог, а потому малодоступен. Значительно более адаптирован к клиническим условиям дыхательный "хелик-тест" (Корниенко Е. А., Милейко В.Е., 1998).

# Методы диагностики Helicobacter pylori

6. **ПЦР (полимеразная цепная реакция)**, в его основу положен молекулярно-генетический метод, который позволяет определить видоспецифический фрагмент ДНК для НР. Предпочтительно выполнение ПЦР в слюне, зубном налете, копрофильtrate. Метод обладает высокой специфичностью, однако требует специальной аппаратуры и потому дорог.

В последние годы появилась возможность с помощью этого метода типировать штаммы НР с определением степени их вирулентности (выявление специфических островков патогенности: *cadA*, *vacA*, *iceA*, *babA* и т. д.).

# Методы диагностики Helicobacter pylori

- **Иммуноферментный анализ**  
используется среди скрининговых методов, позволяет определять в крови больного специфические антитела к НР. К сожалению, в последнее время метод не рекомендован к широкому применению, особенно при контроле эрадикации, поскольку нередко дает ложноположительные результаты.

# Лечение:

Нефармакологическое лечение включает:

- 1) индивидуальную психотерапию;
- 2) исключение ульцерогенных препаратов, по возможности;
- 3) диетотерапию.



# Лечение:

## Фармакологическое лечение ЯБ

Всегда комплексное, патогенетически обоснованное, включающее в себя:

1. **антисекреторные средства.** Заживление язвы детерминировано не только продолжительностью назначения антисекреторных агентов, но и их способностью "удерживать" интрагастральный рН выше 3 в течение заданного времени, что способствует заживлению язвенного дефекта.
2. **обволакивающие средства**
3. **прокинетики**

# Лечение:

## Антисекреторные средства

**блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина** париетальных клеток занимают ведущее место, последние тормозят выработку париетальными клетками соляной кислоты и пепсина. Фамотидин (синонимы: фамосан, квамател) - наиболее используемый препарат в педиатрии из-за менее выраженных побочных эффектов, которые отмечаются у ранитидина. Назначают однократно после 18 часов в суточной дозе из расчета 0,3-0,6 мг/кг, но не более 40 мг в сутки. Курс лечения 4-8 недель.

**блокаторы протонного насоса**, которые обеспечивают транспорт H<sup>+</sup> из клеток и K<sup>+</sup> внутрь клетки, то есть участвуют в функционировании "протонного насоса" секреторных канальцев обкладочных клеток желудка, тем самым осуществляя **самое мощное медикаментозное ингибирование желудочной секреции на сегодняшний день**. Все ингибиторы протонной помпы обеспечивают длительный период времени в течение суток, когда значения pH становятся благоприятными для заживления язвенного дефекта; кроме того, препараты эффективны в отношении хеликобактерной инфекции. В связи с наличием побочных явлений: тошнота, метеоризм, чередование запоров и поносов, головная боль, кожная сыпь, препараты применяются не более 2 недель однократно утром. Предпочтение отдают наиболее мягким препаратам - таким, как омепразол.

# Лечение:

## Обволакивающие средства

Наиболее длительно в качестве "базисного" препарата применяется **коллоидный субцитрат висмута (Де-нол)**, который обладает **антацидным, обволакивающим действием** и способствует образованию коллоидной массы в виде защитной пленки, резистентной к действию желудочного сока и ферментов желудка. Препарат улучшает количественные и качественные характеристики желудочной слизи, снижает активность пепсина, **воздействует на хеликобактер**.

**Назначение:** Его назначают по 1 таблетке до еды за 1 час 3 раза в день и на ночь. Курс лечения 4-8 недель. Возможны тошнота, рвота, потемнение кала, не рекомендуется применять при тяжелых заболеваниях почек.

# Лечение:

## Прокинетики

С учетом важной роли нарушений моторики ЖКТ существенное место в лечении занимают прокинетики - препараты, нормализующие моторику ЖКТ:

1. **метоклопрамид (церукал)**, блокатор допаминергических рецепторов, применяется редко,
2. **домперидон**, препарат выбора, является периферическим блокатором допаминергических рецепторов, лишенным центральных побочных эффектов, и
3. **цизаприд**, стимулирует освобождение ацетилхолина в межмышечных нейронных сплетениях ЖКТ за счет активации серотониновых 5-HT<sub>4</sub>-рецепторов.

# Лечение:

## Эрадикация Нр

Учитывая роль Нр, необходима эрадикация Нр, что снижает частоту рецидивов ЯБ.

### Основные требования к эрадикационной терапии – это:

1. способность в контролируемых исследованиях уничтожать Нр как минимум в 80% случаев;
2. редкость побочных эффектов (отмена схемы из-за побочных эффектов допустима менее, чем в 5% случаев);
3. эффективность при продолжительности курса не более 7-14 дней (что важно с точки зрения стоимости лечения и его безопасности).

# Лечение:

## Тройная схема терапии:

**1-й вариант:** Де-нол + флемоксин солютаб + фуразолидон

**2-й вариант:** Де-нол + омепразол + флемоксин солютаб

**3-й вариант:** Фамотидин + кларитромицин + фуразолидон

## Квадротерапия:

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