

**Язвенная болезнь желудка и 12-
перстной кишки у детей.
Диагностика, лечение и
профилактика на основе
синдромного подхода.
Диспансерное наблюдение.**

- Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, сопровождающееся образованием язвенного дефекта в желудке и/или в двенадцатиперстной кишке, обусловленное нарушением равновесия между факторами агрессии и факторами защиты гастродуоденальной зоны, возникающее, как правило на фоне гастрита, вызванного инфекцией *Helicobacter pylori*.

- Удельный вес язвенной болезни (ЯБ) составляет 13,5% от всех гастроэнтерологических заболеваний у детей, причем преобладают дуоденальные язвы (90-95%).
- В 5-8% случаев язвенная болезнь осложняется перфорацией, пенетрацией, перивисцеритами, стенозированием, желудочно-кишечными кровотечениями.
- Последние представляют реальную угрозу для жизни, так как даже незначительная кровопотеря переносится детьми гораздо тяжелее и может привести к тяжёлым последствиям.

Этиология

- наследственная предрасположенность
- эмоциональные перегрузки
- постоянно действующие алиментарные погрешности:
- нерегулярное питание,
- злоупотребление острыми блюдами,
- еда «всухомятку»,
- приём лекарственных препаратов (салицилаты, глюкокортикоиды) и т.д.).

- Основными эндогенными причинами считают нарушение равновесия между:
- факторами агрессии (соляная кислота, пепсины, панкреатические ферменты, жёлчные кислоты) и
- факторами защиты (слизь, бикарбонаты, клеточная регенерация, синтез простагландинов)
- Важную роль в развитии язвенной болезни играет *Helicobacter pylori* (Hp), обнаруживаемый у 90-100% больных в слизистой оболочке антрального отдела желудка.

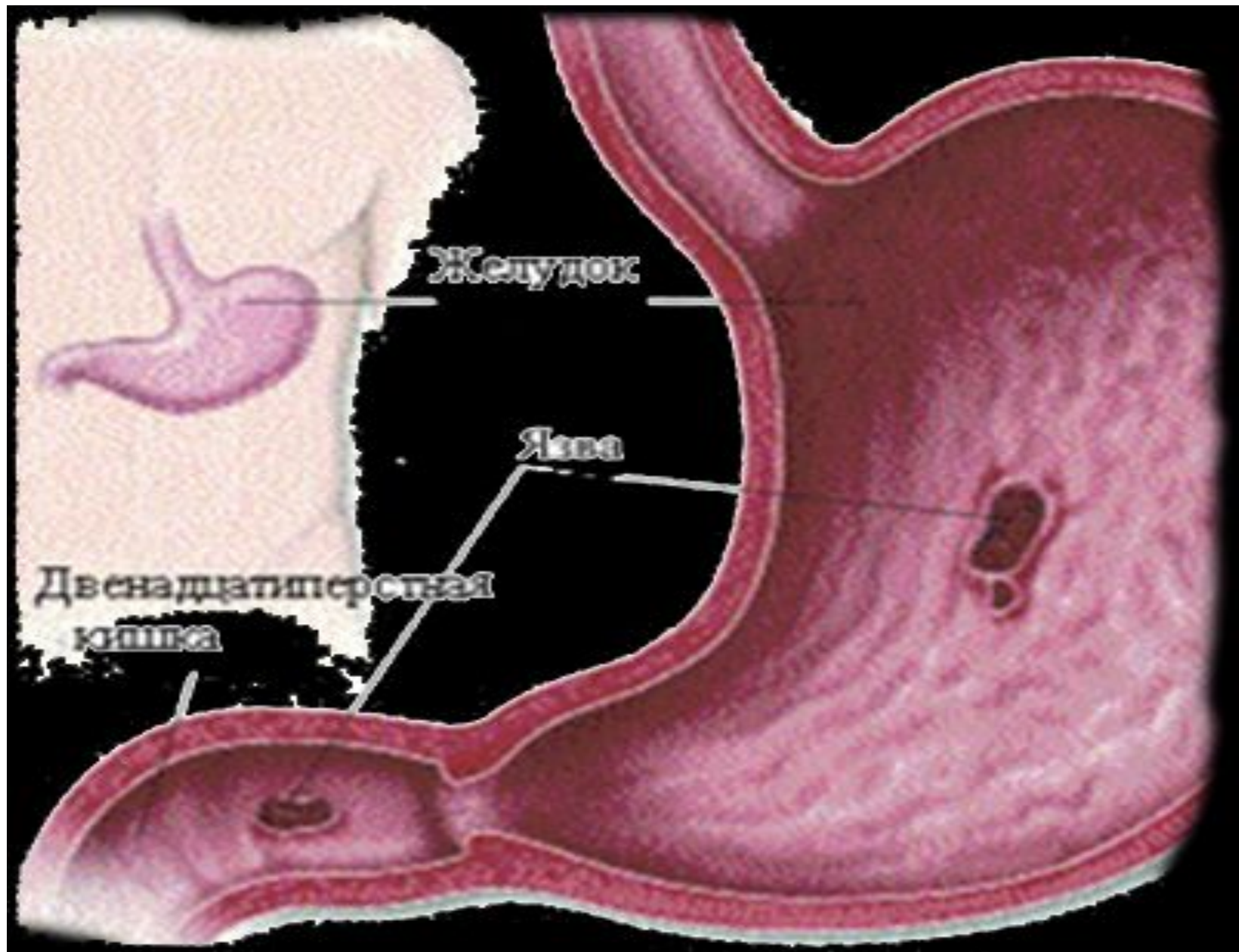
Классификация язвенной болезни у детей

Локализация язвы	Клиническая фаза и эндоскопическая стадия	Течение	Осложнения
<p>В желудке:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тело желудка • околопривратникова я <p>В двенадцатиперстной кишке:</p> <ul style="list-style-type: none"> • бульбарная • постбульбарная (около 5% язв) <p>В желудке и двенадцатиперстной кишке</p>	<p>Обострение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I стадия - свежая язва • II стадия - начало эпителизации язвенного дефекта • Стихание обострения: • III стадия - заживление язвы <ul style="list-style-type: none"> ○ без образования рубцов ○ с формированием рубца ○ рубцово-язвенная деформация 	<p>Лёгкое</p> <p>Средней тяжести</p> <p>Тяжёлое</p>	<p>Кровотечение</p> <p>Перфорация</p> <p>Пенетрация</p> <p>Стеноз</p>

Клиническая картина

- Клиническая картина зависит от локализации процесса и клинико-эндоскопической стадии заболевания.
- I стадия (свежая язва)
- Ведущий клинический симптом - боли в эпигастральной области и справа от срединной линии, ближе к пупку.
- Боли возникают натощак или через 2-3 ч после приёма пищи (поздние боли).
- Выявляют чёткий «мойнигамовский» ритм болей: голод - боль - приём пищи - облегчение.
- Выражен диспептический синдром: изжога (ранний и наиболее частый признак), отрыжка, тошнота, запоры.
- Поверхностная пальпация живота болезненна, глубокая - затруднена вследствие защитного напряжения мышц передней брюшной стенки.





Клиническая картина

- II стадия (начало эпителизации язвенного дефекта)
- У большинства детей сохраняются поздние боли в эпигастральной области, однако они возникают преимущественно днём, а после еды наступает стойкое облегчение.
- Боли становятся более тупыми, ноющими.
- Живот хорошо доступен поверхностной пальпации, но при глубокой сохраняется мышечная защита.
- Диспептические проявления выражены меньше.



**Язва
желудка**

**Язва 12-перстной
кишки**

Клиническая картина

- III стадия (заживление язвы)
- Боли в этой стадии сохраняются только натощак, в ночное время их эквивалентом может быть чувство голода. Живот становится доступным глубокой пальпации, болезненность сохранена. Диспептические расстройства практически не выражены.

Клиническая картина

- IV стадия (ремиссия)
- Общее состояние удовлетворительное.
- Жалоб нет.
- Пальпация живота безболезненна.
- Эндоскопически слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки не изменена.
- Однако в 70-80% случаев выявляют стойкое повышение кислотообразующей функции желудка.

Клиническая картина

- Имеются клинические различия язвенной болезни в зависимости от локализации язвы.
- Для язвенной болезни желудка характерны:
 - ранние боли, возникающие непосредственно после приёма пищи или спустя 20-30 минут.
 - Отсутствует, либо слабо выражена, сезонность обострений заболевания.
 - Боли сопровождаются тошнотой, отрыжкой воздухом.

Клиническая картина

- При язвенной болезни двенадцатипёрстной кишки боли поздние и «ночные», сопровождаются нейровегетативными изменениями и психоэмоциональными нарушениями.
- Отмечается сезонность обострения заболевания, чаще осенью и весной.
- Если язвы располагаются внедуodenально (постбульбарно), то заболевание протекает наиболее тяжело.
- Оно характеризуется выраженными приступообразными болями, диспепсическими явлениями, быстрым развитием осложнений: кровотечений, перфорации, пенетрации, деформации луковицы двенадцатипёрстной кишки.

Осложнения

- Осложнения язвенной болезни регистрируют у 8-9% детей. У мальчиков осложнения возникают в 2 раза чаще, чем у девочек.
- В структуре осложнений доминируют **кровотечения**, причём при язве двенадцатиперстной кишки они развиваются значительно чаще, чем при язве желудка.
- **Перфорация** язвы у детей чаще происходит при язве желудка.
- Это осложнение сопровождается острой «кинжальной» болью в эпигастральной области, нередко развивается шоковое состояние.
- Характерно исчезновение печёночной тупости при перкуссии живота вследствие поступления воздуха в брюшную полость.

- **Пенетрация** (проникновение язвы в соседние органы) происходит редко, на фоне длительного тяжёлого процесса и неадекватной терапии.
- Клинически пенетрация характеризуется внезапно возникающей болью, иррадиирующей в спину, и повторной рвотой.
- Диагноз уточняют с помощью ФЭГДС.

Диагностика

1. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с биопсией является «золотым стандартом» диагностики язвенной болезни.

2. Фракционное зондирование желудка с определением кислотности желудочного сока, дебит-часа соляной кислоты и пепсинов.

Характерны повышение рН желудочного сока натощак и при применении специфических раздражителей, повышение содержания пепсинов,

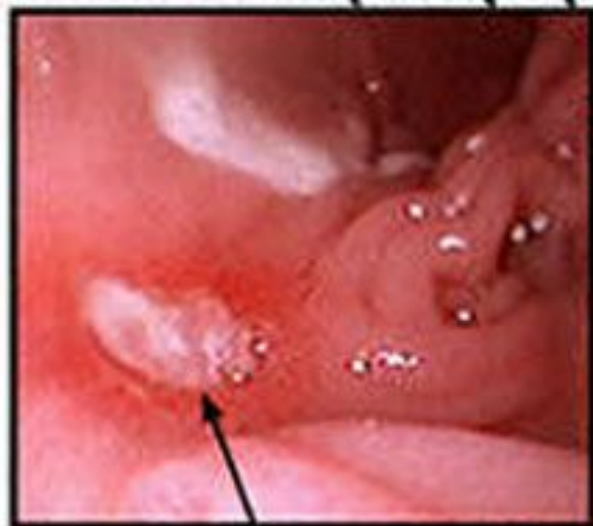
3. Внутрижелудочковая РН-метрия,

4. Реогастрография.

Диагностика

- 5. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием бариевой взвесью.
- Прямые признаки язвы - симптом «ниши» и типичная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, косвенные - спазм привратника, дискинезия луковицы двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция желудка и др.
- 6. Выявлением *Helicobacter pylori*.
- 7. Повторным определением скрытой крови в кале (реакция Грегерсена).

Эндоскопическая фотография



Язва желудка



Эндоскоп

Антральный
отдел

Лечение

- Лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки должно быть комплексным; его проводят поэтапно с учётом клинико-эндоскопической фазы болезни.
- I этап - фаза обострения. Лечение в стационаре.
- II этап - фаза стихания проявлений, начало клинической ремиссии. Диспансерное наблюдение и сезонная профилактика.
- III этап - фаза полной клинической и эндоскопической ремиссии. Санаторное лечение.

Лечение

- **I этап**
- Консервативное лечение язвенной болезни начинают сразу после постановки диагноза. У многих больных в течение 12-15 нед. происходит заживление язвы.
- Постельный режим на 2-3 нед.
- Диета: химически, термически и механически щадящая пища. Лечебные столы по Певзнеру № 1а (1-2 нед), № 16 (3-4 нед), № 1 (в период ремиссии). Питание должно быть дробным (5-6 раз в день).

Лечение

Большинство больных с неосложненным течением ЯБ могут получать лечение амбулаторно при условии создания ребенку оптимального режима дня и питания.

Госпитализация в специализированное гастроэнтерологическое отделение показана в случаях осложненного течения ЯБ или по социальным показаниям.

Лечение

- При амбулаторном ведении таких больных необходимо соблюдение нескольких правил:
- отстранение ребенка от занятий в школе
- обеспечение щадящего режима дня с организацией полупостельного режима,
- Ограничение телевизионного и компьютерного времени.
- Требуется также создание максимально комфортных с психологической точки зрения условий и тщательное выполнение всех врачебных рекомендаций (особенно для подростков).

Лечение

Медикаментозное лечение

• Препараты для эрадикационной терапии первой линии:

- • ИПП+амокксициллин+имидазол (метронидазол, тинидазол);
- • ИПП+амокксициллин+кларитромицин;
- • соли висмута+амокксициллин+имидазол.

Продолжительность трехкомпонентной терапии – 10 дней.

Лечение

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. При Язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* детям от 1-12 лет 1-2мг/кг (макс 40мг) 1 раз в день. Дети от 12-18 лет по 40 мг 1 раз в день.
- Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола.
- Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.

Лечение

Трехкомпонентная терапия:

Омепразол по 20 мг (или лансопразол 30мг, или эзомепразол 20мг) + кларитромицин 7,5мг/кг(max-500 мг) + амоксициллин 20-30мг/кг (max 1000 мг) или метронидазол 40мг/кг (max500 мг);

Соблюдение терапии и побочные эффекты должны контролироваться.

Лечение

- **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.

- **Прокинетика** (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 или
 - дротаверин 2% - детям в возрасте до 6 лет в разовой дозе 10-20 мг, (максимальная суточная доза 120 мг); 6-12 лет разовая - 20 мг, (максимальная суточная доза 200 мг); кратность назначения 1-2 раза в сутки.

- **Для создания функционального покоя и снижения желудочной секреции: Антациды**
- • алюминия гидроксид+магния гидроксид: детям с 2-5 лет 5мл 3р в день, 5-12 лет 5- 10 мл 3-4 раза в день, 12-18 лет 5-10 мл 4р в день (после еды и перед сном); Блокаторы H₂рецепторов гистамина – 10 дней
- • ранитидин внутрь 2-4 мг/ кг 2 раза в сутки (максимально-300 мг /сутки),
- • фамотидин внутрь детям с массой тела более 10 кг 1-2 мг/кг 2 раза в сутки; детям старше 12 лет 20 мг 2 раза в сутки.
- Вегетотропные препараты: микстура Павлова, настой корня валерианы.
- Продолжительность лечения – не менее 4 недель.
Панкреатические ферменты (при экскреторной недостаточности поджелудочной железы, после стихания остроты процесса): 10 000 по липазе x 3 раза во время еды, в течение 2-х недель.

- **медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: перечень основных лекарственных средств:**

- • Омепразол 20мг таблетки;
- • Лансопразол 15 мг, 30 мг капсулы;
- • Эзомепразол 20 мг, 40 мг таблетки;
- • Кларитромицин, 250мг, 500мг таблетки;
- • Метронидазол 250 мг таблетки; 0,5% раствор для инфузий 100мл во флаконе;
- • Амоксициллин, 500мг, 1000мг таблетки; 250мг, 500 мг капсула; 250 мг/ 5 мл пероральная суспензия;
- • Домперидон, 10мг, 20мг таблетки;
- • Ранитидин, 150мг, 300мг таблетки;
- • Фамотидин 20мг , 40 мг таблетки;
- • Висмута трикалия дицитрат 120мг, таблетки;

Профилактические мероприятия

- Первичная профилактика предусматривает активное раннее выявление и лечение больных, угрожаемых в отношении язвенной болезни, устранение этиологических факторов. 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 язвенной болезни желудка и ДПК, лечебную физкультуру, водные процедуры, повышение физической активности, закаливание, оздоровление обстановки, благотворно влияющая на психику

Лечение

- **II этап**
- Лечение проводит участковый педиатр. Он осматривает ребёнка 1 раз в 2мес и проводит противорецидивное лечение в осенне-зимний и весенне-зимний периоды (стол № 16, антацидная терапия, витамины в течение 1-2 нед).
- **III этап**
- Санаторное лечение показано через 3-4 мес после выписки из стационара в местных гастроэнтерологических санаториях и на питьевых бальнеологических курортах

Диспансеризация

- Больные с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки подлежат диспансерному наблюдению.
- Осмотр педиатра/ВОП – 1 раз в квартал в течение первого года диспансерного наблюдения, далее при стойкой ремиссии – 2 раза в год.
- Осмотр гастроэнтеролога – 2 раза в год в осенне-весенний период и противорецидивное лечение «по требованию» при возникновении тех или иных симптомов заболевания.
- Осмотры отоларинголога, стоматолога – 2 раза в год.
- ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, амилаза) – 2 раза в год.
- ФЭГДС с биопсией – 2 раза в год в первые 3 года, далее 1 раз в год.
- ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости – при наличии медицинских показаний

- Дети с ЯБ в течение первого года после обострения заболевания освобождаются от участия в спортивных соревнованиях, им рекомендуется вначале занятия ЛФК, затем занятия физкультурой в подготовительной группе.
- Профилактические прививки не проводятся в период обострения, в остальные периоды противопоказаний к их проведению нет.
- Оптимальным завершением всех этапов терапии язвенной болезни является санаторно-курортное лечение.
- Диспансерное наблюдение в течении 5 лет после обострения или до передачи во взрослую сеть.

Прогноз

- Течение язвенной болезни и отдалённый прогноз зависят от:
 - сроков первичной диагностики,
 - своевременной и адекватной терапии.
- В значительной степени успех лечения зависит от позиции родителей, понимания ими серьёзности ситуации.
- Постоянное наблюдение больного у детского гастроэнтеролога, соблюдение правил сезонной профилактики обострений, госпитализация в специализированное отделение при обострении в значительной мере улучшают прогноз заболевания.