

КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра детских болезней лечебного и
стоматологического факультетов

ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ И ДУОДЕНИТЫ

Доцент ЖИЖИНА Т.В.

2007 год

Этиология хронических гастритов гастродуоденитов

Экзогенные причины

- 1.** Алиментарный фактор: нарушения качества, режима и ритма питания.
- 2.** Экологический фактор: обнаруживаемые в пищевых продуктах, воде атмосферные пестициды, гербициды, нитраты, нитриты, удобрения.
- 3.** Лекарственные средства: НПВС, ККС, антибиотики, сульфамиды, препараты наперстянки, резерпин и его производные, препараты кальция.
- 4.** Вредные привычки: алкоголизм, курение, наркомания.
- 5.** Инфекционный фактор: хеликобактер пилори – 85% ХГ и ХГД у детей
- 6.** Глистные и паразитарные инвазии (лямблиоз).
- 7.** Пищевая аллергия.

Этиология хронических гастритов гастродуоденитов

Эндогенные причины

- 1.** Психо-эмоциональный фактор – регуляторные нарушения нейроэндокринной и вегетативной нервной системы.
- 2.** Генетический фактор: коэффициент наследуемости 25,0 – 40,0%.
- 3.** Хронические заболевания сопряженных органов: гепато-билиарной системы, поджелудочной железы, кишечника, дуодено-гастральный рефлюкс – 10,0 – 12,0%.
- 4.** Хронические соматические заболевания, сопровождающиеся гипоксией: хроническая пневмония, ВПС, ППС, ДЗСТ, заболевания почек с ПН.
- 5.** Хронические инфекции: туберкулез, сифилис, токсоплазмоз, ЦМВ.
- 6.** Хронические очаги инфекции: хронический тонзиллит, синусит, отит, кариес.
- 7.** Эндокринные заболевания и болезни обмена веществ: сахарный диабет I типа, аутоиммунный тиреоидит, хроническая недостаточность коры надпочечников, : пернициозная и железодефицитная анемия – 1,0 – 3,0% у детей.
- 8.** Острый гастрит.
- 9.** Аутоиммунный гастрит – 15-18%.

I. Морфологическая часть:

1. Диагноз на основании эндоскопического исследования:

- а) эритематозный (поверхностный). Эрозивный, геморрагический;
- б) атрофический (умеренный, выраженный);
- в) гиперпластический.

2. Диагноз на основании гистологического исследования:

- а) воспаление с эрозиями, кровоизлияниями;
- б) атрофический (умеренный, выраженный);
- в) нарушение клеточного обновления метаплазия эпителия

II. Этиологическая часть:

- 1. Аутоиммунный (тип А);
- 2. Хеликобактер пилори – ассоцииро ванный (тип В);
- 3. Реактивный (тип С);
- 4. Идиопатический.

III. Топографическая часть:

- 1. Антральный – очаговый.
- 2. Фундальный – очаговый
- 3. Тотальный (пангастрит) – распространенный

IV. Активность процесса:

- 1. Отсутствует
- 2. Умеренная
- 3. Выраженная

Диагноз:

- - хронический аутоиммунный пангастрит с выраженной атрофией слизистой в фундальном отделе;
- - хронический хеликобактер пилори – ассоциированный эритематозный антральный гастрит умеренной активности;
- хронический гастрит, фундальный атрофический умеренной активности с кишечной метаплазией
- Нр (-), с пониженной секреторной функцией, в стадии ремиссии.

Классификация хронического гастродуоденита у детей
(Сиднейская система, 1990, в модификации Шабалова Н.П., 1999)

Форма	Этиология	Локализация	Эндоскопия	Гистология	Секреция	Период
Острый	Нр (-)	Антральный гастрит	Поверхностный	Воспаление:	Нормальная	Обострение
Хронический	Нр (+)	Фундальный гастрит	Эрозивный	а) слабое; б) умеренное; в) сильное	Повышенная	Субремиссия
Особые формы (гранулематозный, Эозинофильный)	Аутоиммунный	Фундальный гастрит	Гиперпластический	Атрофия: а) слабая; б) умеренная; в) выраженная	Пониженная	Ремиссия
	Реактивный	Пангастрит				
	Идиопатический	Дуоденит				
		Антродуоденит		Кишечная Метаплазия		
		Распространенный гастродуоденит				

Диагноз: хронический гастродуоденит, гиперпластический антральный гастрит, эрозивный дуоденит с выраженной активностью воспаления, Нр (+), с повышенной секреторной функцией в стадии обострения

Классификация язвенной болезни у детей

(Баранов А.А., 1996)

Локализация	Клиническая фаза и эндоскопическая стадия	Тяжесть	Осложнения
<p>а) <i>желудка:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - медиогастральная; - пилороантральная 	<p>а) <i>обострение:</i></p> <p>І – свежая язва:</p> <p>ІІ – начало эпителизации</p>	<p><i>Легкое</i></p> <p><i>Среднетяжелое</i></p> <p><i>Тяжелое</i></p>	<p><i>Кровотечение</i></p> <p><i>Перфорация</i></p> <p><i>Пенетрация</i></p> <p><i>Стеноз</i></p> <p><i>Перивисцерит</i></p>
<p>б) <i>12-перстной кишки</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - бульбарная; - постбульбарная 	<p>б) <i>стихание обострения</i></p> <p>ІІІ - заживление язвы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - без рубца; - рубцовоязвенная деформация 		
<p>в) <i>желудка и 12-перстной кишки</i></p>	<p>в) <i>ремиссия</i></p>		

ТЯЖЕСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СРОКАМИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЯЗВЫ, НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ОСЛОЖНЕНИЙ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ РЕМИССИИ И ЧАСТОТОЙ РЕЦИДИВОВ

- **Легкое течение** – заживление в срок до 1 месяца, ремиссия более 1 года
- **Средней тяжести** – заживление более 1 месяца и ремиссия менее 1 года
- **Тяжелое течение** – частые рецидивы более 2-х раз в 1 год, сочетание и множественные язвы, длительные сроки заживления, наличие осложнений

Особенности язвенной болезни у детей

1. Преимущественная локализация язв в двенадцатиперстной кишке;
2. Отсутствие выраженного преобладания заболеваемости лиц мужского пола;
3. Более частое повышение рН желудочного сока у детей;
4. Более редкие осложнения в виде перфорации, кровотечения;
5. Значительно меньшая заболеваемость и летальность у детей;
6. Отсутствие четкой локализации болезненного процесса у детей раннего возраста

Показания к назначению антихеликобактерной терапии (Маастрихтские соглашения, 1996 и рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, 1998)

1. эрадикация *H. pylori* строго обязательна при гастродуоденальных язвах и эрозиях при выявлении в период обострения или ремиссии;
2. эрадикация *H. pylori* рекомендуется при:
 - неязвенной диспепсии; - терапии НПВС; - рефлюкс-эзофагит;
 - после оперативного лечения осложнений ЯБ.
3. антибактериальная терапия желательна при: бессимптомном течении, что чаще отмечается у детей; наличии сопутствующих не гастроэнтерологических заболеваний (патология легких, аллергические заболевания, патология эндокринной системы).

Антихеликобактерная терапия хронических гастритов и гастродуоденитов у детей

Тройная эрадикационная терапия

Вариант 1

**Омепразол (Лосек, Омез)
или**

**по 20 мг 2р/день – 7 дней
утром и вечером (1-2 мг/кг/сутки)**

**Лансопразол (Лансофед, Ланзап)
или**

по 30 мг 2 р/день - дней утром и вечером

**Ранитидин – висмут цитрат
(пилорид)**

по 400 мг 2р/день - дней

+

**Кларитромицин (кларид)
или**

7,5 мг/кг/сутки в 2 приема – 7 дней с едой

**амоксциллин (флемоксин Солютаб)
или**

50 мг/кг/сутки в 3 приема – 7 дней с едой

Тетрациклин

детям старше 8 лет 20-25 мг/кг/сутки

+

**Метранидозол
или
фуразолидон**

15 мг/кг/сутки в 2 приема – 7 дней с едой

10 мг/кг/сутки в 3 приема – 7 дней с едой

Четвертная эрадикационная терапия

Вариант 2 (резервный)

Омепразол или		По 20 мг 2 р/день – 7 дней
Фамотидин или		По 20 мг 2 р/день
Ранитидин	+	150 мг 2р/день
Коллоидный субстрат висмута +		4 мг/кг/сут в 4 приема за 30 мин до еды – 7 дней (де-Нол)
Амоксициллин (флемоксин Солютаб) или		50 мг/кг/сутки в 3 приема с едой – 7 дней
Тетрациклин (детям старше 8 лет)		20-25 мг/кг/сутки в 4 приема с едой - 7 дней
Метронидазол		15 мг/кг/сутки в 2 приема с едой

Тройная эрадикационная терапия на основе препарата висмута
(применяется при гастритах, гастродуоденитах и язвенной болезни,
ассоциированных с *H. pylori*, без выраженного болевого синдрома)

<p>Де-Нол 240 мг 2 р/день Метронидазол 400 мг 3 р/день Амоксициллин 500 мг 3 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 81,0%)</p>	<p>Де-Нол 120 мг 4 р/день Метронидазол 400 мг 4 р/день Тетрациклин 500 мг 4 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 89,0%)</p>	<p>Де-Нол 240 мг 2 р/день Метронидазол 400 мг 2 р/день Кларитромицин 250 мг 2 р/день Длительность – 10 дней (эрадикация – 95,0%)</p>
<p>Де-Нол 240 мг 2 р/день Фуразолидон 100 мг 4 р/день Амоксициллин 500 мг 4 р/день Длительность – 14 дней (эрадикация – 86,0%)</p>		<p>Де-Нол 240 мг 2 р/день Фуразолидон 100 мг 2 р/день Кларитромицин 250 мг 2 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 92,0%)</p>
<p>Де-Нол 240 мг 2 р/день Кларитромицин 250 мг 2 р/день Амоксициллин 1000 мг 2 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 93,0)</p>	<p>Де-Нол 120 мг 4 р/день Кларитромицин 250 мг 4 р/день Тетрациклин 250 мг 4 р/день Длительность – 10 дней (эрадикация – 723,0%)</p>	<p>Де-Нол 240 мг 4 р/день Кларитромицин 500 мг 2 р/день Омепразол 40 мг 2 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 83,0%)</p>

АНТАЦИДЫ

Алюминийсодержащие:

- Компенсан
- Актал
- Альфогель
- Фосфалюгель

По 1 доз. л. 3 раза в день в межпищеварительный период и на ночь.

Показаны при склонности к поносам.

Магнийсодержащие:

- Магниевое молочко
- Магалфил 400
- По 1 доз. л. 3-4 раза в день и на ночь при склонности к запорам

Комбинированные (алюминий + магний-содержащие):

- Альмаг 1
- Альгикон 0,8
- Мегалак 1
- Маалокс (суспензия) 0,9
- Маалокс (таблетки) 1,1
- Протаб 3
- Намегел черри 1

Быстрорастворимые, содержащие карбонатную группу:

- Сода
- CaCO₃
- Кальмагин
- Эндрюс Ливер Саль

Не рекомендуется применять регулярно

Антисекреторные препараты

<i>М-холинолитики</i>	<i>Блокаторы H₂-гистаминорецепторов</i>	<i>Ингибиторы H⁺ и K⁺, Na⁺ - АТФазы - блокаторы протонных насосов</i>
<p>Неселективные: Атропин, папаверин, но-шпа, метацин, хлорозил. Не рекомендуется применять в детском возрасте</p> <p>Селективные: Гастроцепин (внутри по 25 мг утром и на ночь 3-4 недели) перед едой Риабал (1 мг/кг 3 раза в день 2-3 недели)</p>	<p>I. Циметидин, тагамет, примамет, гистодил (1000 мг/сутки)</p> <p>II. Ранитидин, раниберл, зантак, ацилок Е, ранисан, гистак, рантак, ацидекс (300-450 мг/сутки) 4-6 недель</p> <p>III. Фамотидин, ульфамид, квамател, гастросидин (40 мг/сутки) в 1-2 приема</p> <p>IV. Низатидин, аксид (20-40 мг/сутки)</p> <p>V. Роксатидин (20-40 мг/сутки).</p> <p>Предпочтительно II и III группы. Дозировка детям старше 12 лет.</p>	<p>I. Омепразол, омепрол, лосек, осид 30-60 мг/сутки в 1-2 приема</p> <p>II. Лансопризол</p> <p>III. Пантопразол</p> <p>Не рекомендуется применять в детском возрасте</p>

СМЕКТА

- Защита нормальной микрофлоры
- Воздействие на патогенную флору и клостридиум диффициле
- Более эффективна, чем заместительная микрофлора
- Безопасна

Смекта воздействует на факторы агрессии посредством:

- фиксация патогенных микроорганизмов, таких как *Helicobacter pylori*, *E. Coli*, *Campylobacter jejuni* rotavirus,
- фиксация пепсина
- хелации желчных солей
- абсорбции кишечных газов

Действие смекты

- восстановление разрушенных бокаловидных клеток
- снижение потерь воды и электролитов
- восстановление активности ферментов

Принципы вегетотропной терапии при лечении хронической гастродуоденальной патологии

Метод лечения	Ваготония	Симпатикотония
Медикаментозная терапия	<p>Тонизирующие препараты: Экстракт элеутерококка, настойка женшеня, заманихи, аралии, левзеи, китайского лимонника, радиолы розовой по 1-2 кап/год жизни, но не более 15 капель на прием 3 /день за 20-30 мин до еды, длительно, прерывистыми курсами (1 месяц пить, 1 месяц перерыв). В тяжелых случаях – амизол – 1-3 мг/сутки, сиднокарб 5-10 мг/сутки в 1-й половине дня 2-4 месяца.</p>	<p>Седативные препараты: персен, саносан, настои шалфея, боярышника, корня валерианы, пустырника, багульника, зверобоя, микстура Павлова с настоем корня валерианы. Дозы индивидуальные 3 раза в день за 20-30 минут до еды, длительно, прерывистыми курсами. В тяжелых случаях – транквилизаторы: седуксен 5-15 мг/сутки, тазепам 15-30 мг/сутки, элениум 5-15 мг/сутки.</p>
Физиотерапия	<p>Электрофорез с хлоридом кальция, метазоном, кофеином на шейно-затылочную область № 10-12. повторить через 1,5-2 месяца. Солено-хвойные и родоновые ванны</p>	<p>Электрофорез с 0,5% раствором эуфиллина, папаверином, магнием, бромом на шейно-затылочную область № 10-12, повторить через 1,5-2 месяца. Углекислые и сульфидные ванны.</p>



Благодарю за внимание!